

宿泊・自宅療養 対象者 診察結果報告				青太枠内の記載をお願いします			ID
記載月日				令和	年	月	日
				車種	ナンバー	色	
フリガナ				職場・学校名・施設利用者は施設名			
氏名							
生年月日	S・H・R	年	月	日	( )歳	男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>
住所							
連絡先	連絡先の方の氏名						
基礎疾患 (既往歴)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗癌剤使用 <input type="checkbox"/> 透析中 <input type="checkbox"/> その他						
基礎疾患の重症度	<input type="checkbox"/> 落ちついている <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 <input type="checkbox"/> 重症						
右記該当項目	対象者は以下のいずれにも該当しない(該当する場合は該当項目を○で囲む)						
有 <input type="checkbox"/>	i) 高齢者(65歳以上)						
無 <input type="checkbox"/>	ii) 基礎疾患がある者(糖尿病、心疾患又は呼吸器疾患を有する者、透析加療中の者等)						
	iii) 免疫抑制状態である者(免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者)						
	iv) 妊娠している者						
体温	度	血圧	/	mmHg	脈拍		
SpO2	%	体重	kg				
症状	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	アレルギー	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
発症日	月 日(無症状者の場合は検体採取日)						
症状	<input type="checkbox"/> 熱(最高 °C)	/	~	<input type="checkbox"/> せき	/	~	
	<input type="checkbox"/> 息切れ	/	~	<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい	/	~	
	<input type="checkbox"/> 下痢	/	~	<input type="checkbox"/> 筋肉痛	/	~	
	<input type="checkbox"/> 鼻汁	/	~	<input type="checkbox"/> 咽頭痛	/	~	
	<input type="checkbox"/> 全身がだるい	/	~	<input type="checkbox"/> 頭痛	/	~	
	<input type="checkbox"/> 関節痛	/	~	<input type="checkbox"/> 食欲がない	/	~	
	<input type="checkbox"/> その他	/	~				
コロナワクチン接種状況	<input type="checkbox"/> 接種済み 回 <input type="checkbox"/> 未接種						
重症度判定	<input type="checkbox"/> 無症状 <input type="checkbox"/> 軽症 <input type="checkbox"/> 中等症 I (呼吸不全なし) <input type="checkbox"/> 中等症 II (呼吸不全あり) <input type="checkbox"/> 重症						
宿泊・自宅療養に対する医学的所見	<input type="checkbox"/> 自宅療養可能 <input type="checkbox"/> 自宅療養不可						
医療機関名	公立七戸病院						
所在地	七戸町字影津内98-1						
医師氏名							