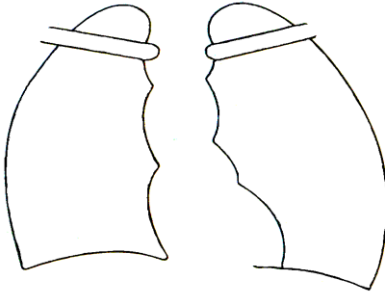


\_\_\_\_\_保健所長・宿泊療養施設 宛  
(診察日) 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療機関・訪問看護ステーションの名称 \_\_\_\_\_  
所在地 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_  
担当医師又は看護師氏名 \_\_\_\_\_

患者氏名	性別	男	・	女	陽性確定後の診察・ 訪問看護 回目
患者住所	電話番号				
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日 ( 歳 )	
<b>&lt;診療に至る経緯&gt; (該当経緯に☑)</b> <input type="checkbox"/> 保健所 (コールセンター) からの依頼 <input type="checkbox"/> 宿泊療養施設からの依頼 <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 医療機関 (名称: _____) からの訪問指示					
<b>&lt;診療種別&gt;</b> (該当種別に☑) <input type="checkbox"/> 電話診療等 <input type="checkbox"/> オンライン診療 <input type="checkbox"/> 外来診療 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護(電話等) <input type="checkbox"/> 訪問看護		<b>&lt;診療場所 (外来診療の場合は居住場所)&gt;</b> (該当場所に☑、高齢者施設等の場合は、施設種別等を記載すること。) <input type="checkbox"/> 自宅 宿泊療養施設 <input type="checkbox"/> 東横 INN 名古屋名駅南 <input type="checkbox"/> 東横 INN 三河安城駅新幹線南口 1 <input type="checkbox"/> 豊川グランドホテル <input type="checkbox"/> R & B ホテル名古屋新幹線口 <input type="checkbox"/> 東横 INN 三河安城駅新幹線南口 2 <input type="checkbox"/> 蒲郡ホテル 高齢者施設等 ( 施設所在市町村: _____ 施設種別: _____ 名 称: _____ )			

<b>既往歴</b>					
症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方、画像所見、その他所見、備考				胸部X線写真略図	
					
				( 月 日 撮影 )	
体温	℃ (8時間以内の解熱剤の使用   あり   ・   なし )				
聴診所見	異常なし・異常あり ( _____ )				
酸素飽和度	% (酸素   L   ・   なし )		呼吸数	回/分	
咳の有無	あり   ・   なし		呼吸苦の有無	あり   ・   なし	
血液検査所見 ( 月 日採血)	WBC	リンパ球数	LDH	CRP	D-dimer
	その他 ( _____ )   ・   未施行				
※陽性患者のフォローを対象とするため、検査検体採取日の診察所見のFAXは補助対象になりません。					

自宅療養者等診察の翌日までに、自宅療養者等所在地を管轄する保健所等へFAXしてください。