

新型コロナウイルス感染症自宅療養者等の診察所見報告書

別紙様式

宛 (診察日)

紹介元医療機関の所在地及び名称
電話番号
医師氏名 印

患者氏名	性別
患者住所	電話番号
生年月日 ()	職業
<input type="checkbox"/> 電話/web 診 <input type="checkbox"/> 外来受診	陽性確定後の診察 回目
<input type="checkbox"/> 往診 (同日同一建物内の別患者の診療の有無→ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	

傷病名					
紹介目的 (保健センター宛て連絡事項)					
(当てはまる場合 <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 高次医療機関での診察・入院調整を依頼します。					
既往歴及び家族歴					
症状経過及び検査結果、治療経過、現在の処方、備考					
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	
胸部レントゲン所見 (撮影)	・ 未施行				
血液検査所見 (採血)	WBC	リンパ球数	LDH	CRP	D-dimer
	その他 () ・ 未施行				
その他所見					

※陽性患者のフォローを対象とするため、検体採取日の診察所見の FAX は補助対象になりません。

陽性患者診察の翌日正午までに患者居住地保健センター宛てに FAX してください。