新型コロナウイルス感染症自宅療養者の診察所見報告書

別紙様式

感染症対策推進課　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 ・ 女患者住所 電話番号生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日（　　歳）　　職業　　　　　　　　　　　　　　　　　　　県番号　　 | 陽性確定後の診察・訪問看護回目 |
| ＜診療に至る経緯＞（該当箇所に☑）□感染症対策推進課からの依頼　　□かかりつけ医　　□保健所からの依頼（保健所名：　　　　　　　）□医療機関（名称：　　　　　　　　　　）からの訪問指示　　　□患者・家族からの依頼 |
| ＜診療種別＞（該当種別に☑）□電話等診療　　　　□往診　 　　□訪問看護□宿泊療養施設（　　　　　　　　　）への電話等診療　□宿泊療養施設（　　　　　　　　　）への往診 |

|  |
| --- |
| 既往歴 |
| 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 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | ﾘﾝﾊﾟ球数 | LDH | CRP | D-dimer |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　・　未施行 |
| 診察結果 | ・再診予定（　　月　　日）　 ・　 要精検　 　　・ 　要入院　・投薬（処方内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

 |

**自宅療養者等診察の翌日までに、岐阜県感染症対策推進課へＦＡＸしてください。**

**（ＦＡＸ番号：０５８－２７２－８５１０）**

　陽性患者診察の翌日正午までに、患者居住地保健所宛てFAXしてください。