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。