|  |  |
| --- | --- |
| **日付：　　 　年 　　月 　　日** | **発生届：□ 提出又はHER-SYS入力　　□ 届出の対象者ではない****（□ ドライブスルー検査）** |
| **医療機関名** | **記入医師名** | **連絡先**TEL　　　　　　　　FAX |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **年齢・性別** | **居住先**  | ※施設名でも可 | **連絡先**（□本人 □続柄：　 ）携帯　　　　　　　　　 　 自宅　　　　　　　　　 　  |
| **患者****氏名**生年月日 | 　　　年　　日　　日生 | (　　　　歳)□男 □女□その他 |  |
| **COVID-19陽性となった検査（　 　月　　 日）**※みなし陽性の場合は診断日を記載 |
| □ 抗原定性検査　　□ PCR検査　　□ LAMP検査 ※医師会運営コロナウイルス検査センター　　□ みなし陽性 |

**1. バイタル記録**

身長:　　　　　cm、体重:　　　　　kg、BMI 、体温:　　　　℃、呼吸数:　　　　回／分、

SpO2:　　　　　％、脈拍:　　　　／分、血圧　　　　/　　　　mmHg

**2. コロナワクチン接種歴** 　※発生届提出の場合は記入不要

 □ 未接種 □ 接種済（　　　）回→最終接種（　 年 　 月 　日）

（直近の接種：□ファイザー □モデルナ □アストラゼネカ □ノババックス □不明）

**3. リスクファクター　□ 全て該当なし**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ 糖尿病（コントロール不良）□ 高血圧（コントロール不良）□ HIV感染症　　　　　□ 心不全　□ その他の肺疾患 | □ 慢性腎疾患（CKD, 透析）□ COPD□ ステロイド内服□ 心筋梗塞□ 慢性肝疾患 | □ 間質性肺炎□ 悪性腫瘍□ その他の心疾患□ 臓器移植後□ 肥満（BMI 30以上） | □ ６５歳以上　□ 乳児□ 妊娠中 |

**4. 発症日：　　月　　日**

**現在の症状：**

□ 体動困難　　　□ 呼吸困難　　　　　　　□ 胸痛　　　　　　　　□ 意識障害

□ 飲水不能　　　□ 食事摂取半分以下　　　□ 高度下痢（1日6回以上）

**5．COVID-19の治療実施**

☐ラゲブリオ　　☐パキロビッド　☐なし　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**6．今後の診療（診断医の意向）**

□ かかりつけ医として診療継続　　□ 自宅療養サポート医体制での診療を依頼

□ トリアージ外来に紹介（※発生届の対象の場合のみ）

|  |  |
| --- | --- |
| **特記事項** |  |