

COVID-19 患者相談票（診療情報提供書）

Ver.1.1.1

年 月 日

【紹介・相談先医療機関名】（ ） 【紹介目的】

（ ）科）担当医 宛	外来診療（入院は不要）	入院診療
------------	-------------	------

【紹介・相談元施設（医療機関）等情報】

紹介元名称	電話番号
所在地住所	医師氏名

【患者情報】 当院受診歴 なし あり 診察券番号（ ）

氏名	性別	男 女 その他
生年月日	年齢	歳
患者住所	患者電話番号	
家族連絡先 (キーパーソン)	氏名	住所
	本人との関係	電話番号

【COVID-19について】

発症日	年 月 日	ワクチン接種	あり（ ）回） 未接種
診断日	年 月 日	最終ワクチン接種日	年 月 日
過去のCOVID-19罹患歴	なし あり	年 月 日	

【現在の状態】 測定日 年 月 日 時

体温：	°C	SpO2：	%（室内気・酸素 L）
血圧：	/ mmHg	脈拍：	回/分
症状：	発熱 呼吸困難 咳嗽 喀痰 鼻汁 咽頭痛 頭痛 倦怠感 下痢 嘔気・嘔吐 食欲不振 水分・食事摂取不可 味覚障害 嗅覚障害 その他、特に診察や入院が必要な(or考えられる)理由（ ）		

【既往歴・重症化リスク等】

<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心血管疾患	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患（喘息、COPD、間質性肺炎）
<input type="checkbox"/> 悪性疾患（部位： ）	（現在の治療：なし・あり（ ））		
<input type="checkbox"/> 自己免疫疾患：疾患名（ ）	<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用：薬剤名（ ）		
<input type="checkbox"/> 認知症	<input type="checkbox"/> 肥満（BM： ）	<input type="checkbox"/> 妊娠： なし あり（ ）週（日）	
喫煙歴 なし ・ あり（ ）本/日 × （ ）年（禁煙： ）歳			
食物アレルギー： なし あり（ ）		薬物アレルギー： なし あり（ ）	

【治療経過】	
【処方内容】 処方内容がわかる 資料添付	

【特記事項】

現在の生活の場所	自宅 施設 入院	介護認定	あり：介護度（ ） なし
罹患前のADL	自立 軽介助 重介助	現在のADL	自立 車いす 臥床
蘇生処置の希望	あり なし 未定		

※…蘇生処置の希望：通常時の希望ではなくCOVID-19による重症化の際の希望を確認する