　　R4.9.26版

**宛先**（送信票は不要です）

西北地域保健医療現地調整本部（五所川原保健所内）

**FAX：０１７３－３４－７５１６**

**新型コロナウイルス感染症患者診察結果報告書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 報告日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
|  | 患者氏名 |  |
|  | 職業等 | ハイリスク施設職員・入所者（　　　　　　　　　）・それ以外  ※ハイリスク施設：高齢者施設、障害者施設、医療機関 |
|  | 症状の有無 | なし ・ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  | 体温 | ℃ |
|  | 息苦しさ（呼吸困難）の  有無 | なし　　・　あり　　（　酸素飽和度（SpO2） 　　　　 ％）  ※94％以下の場合は「あり」を選択 |
|  | 高熱が続く等で食事が  摂れない、起きられない状態かどうか | 非該当　・　該当  （該当する場合の具体的症状） |
|  | 基礎疾患の有無 | なし ・ あり【発生届のとおり】 |
|  | 処方薬の有無 | なし ・ あり |
|  | 医療機関名称  医師氏名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ★検査結果★  〇自由記載欄（ハーシス入力が遅くなる場合は、すぐに保健所から連絡できるよう住所、電話番号、職業、接触した陽性者を必ず記載してください。）  ①住所  ②電話番号 | |
| 結果判明日 | 令和　　年　　　月　　　日 |
| 検査内容 | 抗原　・　ID-NOW　・PCR  その他（　　　　　　　　） |
| 検査結果 | 陽性  陰性 |

**自宅療養可　　・**

**つがる総合病院での**

**スクリーニング診察が必要**