

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	陽性確定後の診察・ 訪問看護 回目
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		

<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	リンパ球数	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)