

当日緊急 予約(受診日 月 日) 月 日 時 分 受付者 _____


スキャン不要 地域医療支援センターへ戻してください

紹介患者新型コロナウイルス関連チェックシート(Ver.8)

※ご紹介の際には申込時の情報をご記入のうえ、このチェックシートも FAX してください。

I D _____ 生年月日 T・S・H・R _____ 年 月 日
氏 名 _____

1 発熱、せき、味覚や嗅覚異常がありますか

- 該当 なし
- ① 高熱や4日以上続く発熱やせきなどの比較的軽いかぜの症状が続いていますか
なし・あり 月 日頃から【最高： 度/本日： 度】
- ② 強い倦怠感 なし・あり 月 日頃から
- ③ 強い息苦しさ なし・あり 月 日頃から
- ④ 味覚や嗅覚に異常 なし・あり 月 日頃から
-  該当者は静岡県発熱等受診相談センターへ相談

2 二週間以内に海外渡航歴や他の都道府県への移動歴はありますか

- 該当 なし 不明
- ① 海外への渡航歴
なし・あり いつ頃： 場 所：
- ② 県外への移動歴
なし・あり いつ頃： 場 所： 移動方法：車・電車・()

3 二週間以内に3密(密集・密閉・密接)の状態や、感染が疑われる方との接触歴はありますか

- 該当 なし 不明
- ① 3密となるようなイベント、会食、接待を伴う場所等に参加しましたか
なし・あり いつ頃： 場 所：
- ② 県外から来た方との接触歴はありますか
なし・あり いつ頃： 場 所：
- ③ 新型コロナウイルス感染者やその家族との接触歴はありますか
なし・あり いつ頃： 場 所：


4 新型コロナウイルスワクチンの接種歴はありますか

- 接種済 1回目(年 月 日)、2回目(年 月 日)
 接種予定(年 月 日)
 未接種

5 検査(胸部エックス線やSpO2検査やコロナウイルス検査)は実施されていますか

- 該当 なし
- 胸部エックス線撮影 未実施・実施
 SpO2 検査 (%) PCR 検査 (/ ・+、-)
 抗原検査 (/ ・+、-) その他 ()

6 付き添いや家族の方は熱、咳や移動歴、接触歴がありますか

- 該当 なし
- 家族に1~3の該当項目がある ()
 付き添い者に1~3と同様の内容がある場合は、無い人に代わっていただく

※ 新型コロナウイルス感染症を疑う場合は、発熱等受診相談センターにご相談ください

【静岡県発熱等受診相談センター】へ連絡(24時間対応)

- ① 平日 8:30~17:15 050-5371-0561 050-5371-0562
② ①以外の時間(土日祝も含む) 050-5371-0561