

新型コロナウイルス感染症 基本情報・臨床情報調査票(枚方市簡易版)

【別紙1】R3.7.27～

基本情報

		HER-SYS ID				
1	調査日時：R 年 月 日 時 分	調査所属：枚方市保健所		調査者氏名：		
2	調査回答者：□本人 □本人以外→氏名（ ） 続柄（ ） 電話番号（ ）					
3	(フリガナ) 患者氏名：	4	性別： 男・女	5	生年月日： 年 月 日（ 歳 か月）	
6	住所：	電話：	ジェノグラム			
	メール・FAX：	携帯：				
7	同居家族：□無 □有（ ）人（続柄・年齢を記入）⇒ キーパーソン： 医療従事者 □無・□有（ ）					
8	調査時点の患者の所在地：□医療機関（待機・入院中） □自宅 □その他（ ） □不明 連絡先住所： 電話：					
9	本人以外（保護者等）の連絡先 氏名：		住所：			
	本人との関係： 電話：		メール・FAX：			
所属情報（勤務先・学校等） ※所属名称欄に、所属部署・業種、児童/学生はクラス・クラブ等も記入						
10	①名称：	職業等：	最終出勤（登校）日（R 年 月 日）		窓口：	
	所在地：	連絡先：				
	集団調査の要否：□不要・□必要 ⇒ □枚方市・□他保健所依頼（依頼先： ） 患者同意：□有・□無					
10	②名称：	職業等：	最終出勤（登校）日（R 年 月 日）		窓口：	
	所在地：	連絡先：				
	集団調査の要否：□不要・□必要 ⇒ □枚方市・□他保健所依頼（依頼先： ） 患者同意：□有・□無					
自由記載欄（既の実施済の内容、連絡事項等）						
11	身長： cm 体重： kg	□喫煙（ 歳から 本/日）		□飲酒（ ）		
	ADL：□自立 □要支援（ ）必要なケア： □要介護（ ）必要なケア：					
12	□妊婦⇒妊娠 週 予定日 月 日		□小児 □精神疾患⇒疾患名：		主治医：	
	□透析⇒疾患名：		最終透析日：	次回予定日：	主治医：	
13	基礎疾患 □無 □有⇒主治医： □糖尿病 □呼吸器疾患（喘息・COPD・その他） □腎疾患（□透析） □肝疾患 □心疾患 □神経筋疾患 □血液疾患（貧血等） □免疫不全（□HIV □免疫抑制剤使用） □悪性腫瘍（がん） 具体的に： □その他			内服薬（残量も記載） 疾患のコントロール状況（検査値等） アレルギー □無 □有⇒アナフィラキシー既往 無・有 アレルギー □食物： ⇒自己除去で接触 可・不可 □ハウスダスト⇒ホテル滞在 可・不可		

臨床経過等

□無症状 □軽症 □中等症 □重症

COCOA登録 □無 □有（陽性登録希望 □無 □有 ⇒HER-SYS入力担当へ報告）

※必要に応じ、症状の有無を+-、体温等の情報を記入													
		月日	発症日	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
症状など													
最高体温（℃）													
14	呼吸器症状	咳嗽											
		呼吸困難											
		鼻汁・鼻閉											
		咽頭痛											
その他		頭痛											
		全身倦怠感											
		関節筋肉痛											
		味覚・嗅覚障害											
		症状を記載											
病状経過				検査・受診時情報				療養方針					
発症日：		初発症状：		検査・受診日： 月 日		陽性判明日： 月 日		PCR以外の検査⇒		□入院療養 月 日～ 病院			
				コロナ以外の検査：		SPO2 %		画像：CT・XP 肺炎像：有・無		□宿泊療養 □当日希望 □翌日希望			
										□自宅療養 月 日～			
										□療養方針保留（自宅待機）			
										理由：			
保険種類 □後期高齢 □国保 □社保 □生保 □その他（ ）				処方薬（残量も記載）				療養解除予定日 月 日（変更あり）					
コロナワクチン接種有無 □無 □有 1回目（ 年 月 日） 2回目（ 年 月 日）								※無症状者は症状が出たらそこから10日間になること説明！					
								備考 / 保健医療課（ ）へ					