

◆◆◆ 自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート ◆◆◆

※LGWANにて送付ください。

神奈川県 健康医療局 医療危機対策本部室 感染症対策G、IT入力班 行  
( ## )

ご入力をお願いします。

記入日: 西暦 2021 年 5 月 11 日 \*  
(令和3年)

HERSYS ID: 8978373  
陽性判明日: 5 月 10 日

症状が比較的重症の方は自宅または宿泊施設での療養をお願いいたします。  
療養時の入力の把握や自治体等からのフォロー体制の準備のために、以下の項目に回答をお願いいたします。  
(該当する方のみ入力をお願いします。)(複数回答可)をつけてください。無記入は本人名義と判断します。(ほか記入例:(母))

1.基本情報(Basic information)

※日付の区切りは"/"(スラッシュ)

|              |               |            |      |                   |                            |   |
|--------------|---------------|------------|------|-------------------|----------------------------|---|
| 読み仮名(カタカナ限定) | カナガワ          | キンタロウ      | 性別   | 生年月日              | B.D.                       | 1948 / 3 / 31                           |
| 名前/Name      | 漢字・英字等        | 神奈川        | 金太郎  | 未選択               | (生)日に沿った年齢(スコア判断)          | (満 73 歳)                                |
| 電話番号/Tel     | (※) 携帯        | 0 - -      | 自宅   | 0 468 - 75 - 3245 | LINE登録<br>Register to LINE | ○ あり ○ なし ○ 登録予定                        |
| 所在地 /Address | 郵便番号/Zip Code | 245 - 0007 | 市区町村 | 字名 地番             | 鎌倉市 材木座10-3-4-222          | 建物名・マンション名等<br>パークホームズ材木座 参考館<br>職業 建築士 |

2.医療情報(Medical information)

電話番号は、数字のみです。

|                       |                 |                          |                        |
|-----------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|
| かかりつけ病院<br>(担当医, Tel) | ○ なし ● あり (病院名) | 由比ガ浜クリニック<br>(担当医) Dr.上田 | (TEL)0 467 - 23 - 2123 |
| 服用中の薬                 | ○ なし ● あり       | 症状                       | 高血圧症、高脂血症              |
|                       |                 | 薬品名(商品名)                 | アムロジピン5mg ( 60 日分)     |
| アレルギー情報               | ○ なし ● あり       | 内容・症状                    | アレルギー性鼻炎               |
|                       |                 | [上記でじんま疹以上の症状の有無]        | ● なし ○ あり              |
| 既往歴                   | ○ なし ● あり [病名]  | 胃潰瘍                      |                        |
| 妊娠の有無(患者本人)           | ● なし ○ あり(      | 2 週)(かかりつけ医:             | Dr.ワカバヤシ )             |

3.日常生活自立の状況(Daily life independence level)

\*宿泊施設での療養を検討する場合の項目です。

|                             |                      |          |
|-----------------------------|----------------------|----------|
| 支援を受けることなく一人で日常生活を送れますか?    | ○ はい ● いいえ ○ その他(    | テスト支援    |
| 指定の場所・時間に食事を取りに行けますか?       | ○ はい ● いいえ ○ その他(    | テスト食事    |
| 洗濯等を手洗いで自分で行うことができますか?      | ○ はい ● いいえ ○ その他(    | テスト洗濯等   |
| 緊急時に介助なく避難することができますか?       | ○ はい ● いいえ ○ その他(    | テスト介助    |
| 仕事や私物等の荷物を受け取れないことに同意できますか? | ○ はい ● いいえ ○ その他(    | テスト荷物    |
| 生活保護受給                      | ○ なし ● あり            |          |
| 保険証<br>(記号・番号・保険者番号)        | 記号 024 番号 0123 保険者番号 | 06147777 |

4.災害時に備えた情報提供の取扱い(Provision of personal information)

自宅療養及び宿泊療養期間中に、大規模な台風や大地震などの災害発生に備え、生命、身体の安全を守るため、お住まいの市町村に個人情報を提供する必要があります。

○ 情報提供することに同意します ● 情報提供することに同意しません

【保健所記入欄】別紙「自宅宿泊者の個人情報提供の同意確認チェックリスト」に沿って説明、聞き取り

|                    |                                   |  |
|--------------------|-----------------------------------|--|
| 確認者名( かんしゃ )       | 確認日時( 2021 / 1 / 20 (水) 07 : 45 ) | (※県保健福祉事務所・センター及び茅ヶ崎市保健所(茅ヶ崎町民に限り)は必ず記入) |
| 提供に関する説明の実施        | ● あり ○ なし                         |  |
| 自宅療養者の意思の確認(本人の同意) | ● あり ○ なし                         |  |

※裏面に続く

5. 緊急連絡先(原則家族)(Emergency contact)

\* 緊急時に患者様と連絡が取れない場合に使用します。

|   |          |                    |             |   |
|---|----------|--------------------|-------------|---|
| 1 | 名前/Name  | 神奈川 銀次             | 続柄/Relation | 父 |
|   | 電話番号/Tel | 0 90 - 1111 -      |             |   |
| 2 | 名前/Name  | 神奈川 まゆみ            | 続柄/Relation | 母 |
|   | 電話番号/Tel | 0 70 - 5234 - 4325 |             |   |

ご入力をお願いします。

6. 外国籍の方(A citizen of foreign nationality)

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| 日本語での会話は可能ですか?  | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | <input type="radio"/> その他  |
| 日本語の読み書きは可能ですか? | <input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ | <input type="radio"/> その他  |
| 母国語は何語ですか?      | タガログ語   | 英語対応について <input checked="" type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能 |

電話番号は、数字のみです。

電話番号は、数字のみです。

7. 食事・お体の状況(Physical condition)

|                 |  |
|-----------------|--|
| 食事・食材に制限がありますか? | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり   |
| 食事はとれていますか?     | <input type="radio"/> 普段どおり<br><input type="radio"/> あまりとれていない( 日前頃から) <input checked="" type="radio"/> ほとんどとれていない( 2 日前頃から)   |
| 水分はとれていますか?     | <input type="radio"/> 普段どおり<br><input checked="" type="radio"/> あまりとれていない( 1 日前頃から) <input type="radio"/> ほとんどとれていない( 日前頃から)   |
| 眠れていますか?        | <input type="radio"/> 普段どおり<br><input checked="" type="radio"/> あまり眠れていない(理由: <input checked="" type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> その他(具体的に: 無呼吸症候群の可能性あり)) |
| 息苦しさはありますか?     | <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 少しある <input checked="" type="radio"/> 強くある  |
| 頭痛はありますか?       | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり   |
| だるさがありますか?      | <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 少し感じる <input checked="" type="radio"/> 強く感じる  |

8. 住居や同居人等について (About your home, family or housemate)

|                   |   |
|-------------------|---|
| 患者本人の専用の個室はありますか? | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり                          |
| 同居人はいますか?         | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり →『あり』を選択した場合は下記もお答えください。 |

|   |  |
|---|--|
| 高齢者(65歳以上)  | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり |
| 基礎疾患がある者(糖尿病、心疾患や呼吸器疾患を有するもの、透析加療中の者、脳血管疾患、精神疾患等) | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり |
| 免疫抑制状態である者(免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者)                     | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり |
| 妊娠している者   | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり |
| 医療従事者、福祉・介護職員などの高齢者・障がい者等と多く接触する者                 | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり |
| 入院中及び宿泊療養中、子どもの世話をしてくれる者                          | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり |

9. ペットの有無について(About a pet)

|                   |  |
|-------------------|--|
| ペットの有無(いる場合は種類、数) | <input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり 《種類》 といぶー 《数》 3 |
|-------------------|--|

10. そのほか症状等含め、気になることありましたらご記入ください。(Please fill in anything you care about.)

左腕の方に軽い麻痺あり。

保健所記入欄

保健所名: #REF!

《療養先》  自宅療養  自宅療養(入院待ち)  入院  
 宿泊療養  宿泊療養(入院待ち)  喫煙ルームに入る可能性があることを本人説明済み

宿泊療養先: 未決定

《療養期間起算日》(次のいずれかの日をご記入ください) 備考 宿泊療養先は、判明次第UPDATEします。

有症状(発病日): 2 月 1 日  
 または  
 無症状(検体採取日): 月 日

《療養最終日》 2 月 11 日  本人確認済み  
 《外出可能日》 2 月 12 日  本人確認済み

《自宅療養時の配食サービスの提供に係る個人情報提供の同意について》  
 ※宿泊から自宅へ切替わる可能性もあるので、全員に聴取してください。  
 自宅療養の際、療養期間に応じて配食サービスを受けることができます。県から委託先業者に名前を  
 希望します  希望しません

《入院優先度判断スコア》点数 19 点 → 別紙 入院優先度判断スコアシートを提出ください。  本人確認済み

《パルスオキシメーターの貸与の有無について》  本人確認済み

別紙1様式2から自動計算されます。性別、記入日、生年月日、妊娠の有無(ありの場合は、妊

ご入力をお願いします。

より多くの人へ適切に情報を伝えられるよう配慮したユニバーサルデザインフォントを採用しています。空間に余裕のある文字で視認性・可読性に優れており、誤読を防ぐシンプルな形状で読みやすさと高いデザイン性を備えています。見えにくい条件下での検証を繰り返すことで、視力や環境に左右されることなく幅広い年齢の方にとって認識しやすいよう設計されています。