

記入日： 年 月 日

症状が比較的軽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。

療養時のリスク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。

1.基本情報 (Basic information)

3割 2割 1割 無

(フリガナ) 名前/Name		生年月日/B.D.	
電話番号/携帯(※)		LINE登録/ register to Line	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 登録予定
電話番号/自宅		ご職業	
住所			
コロナワクチン接種歴・なし	1回目 年 月 日・2回目 年 月 日	ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ	

2.医療情報 (Medical information)

かかりつけ病院 (担当医、Tel)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病院名) (担当医)	(TEL)
服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状 薬品名 (商品名)	(日分)
アレルギー情報	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状) (上記でじんま疹以上の症状の有無)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名)	
妊娠の有無 (患者本人)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (週)	(かかりつけ医:)
身長	cm	体重 kg

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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
指定の場所・時間に食事を取りに行けますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
洗濯等を手洗いで自分で行うことができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
緊急時に介助なく避難することができますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
保険証 (記号・番号・保険者番号)	記号 番号 保険者番号

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

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		続柄/Relation	
電話番号/Tel			
2 名前/Name		続柄/Relation	
電話番号/Tel			

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="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []		
日本語の読み書きは可能ですか?	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []		
母国語は何語ですか?		英語対応について	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可

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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
食事はとれていますか?	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまりとれていない (日前頃から) <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない (日前頃から)		
水分はとれていますか?	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまりとれていない (日前頃から) <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない (日前頃から)		
眠れていますか?	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまり眠れていない (理由: <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> その他 (具体的に:))		
息苦しさはありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 強くある	頭痛はありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある
だるさがありますか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 少し感じる <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
同居人はいますか?	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠している者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 《種類》 《数》
--------------------	--

10.そのほか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.)

<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> </div>
