

## 小児科発熱外来申込書

患者番号 (診察券番号)	
ふりがな	
氏 名	男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
住 所	
携帯番号	母 父

2020.10.1

# 小児科の濃厚接触者の方へ

来院時体温 (                      ) °C)

名前 (                      )      年齢 (              歳)      体重 (              kg)

陽性者は・・・どなたですか？ご関係 (                      )

症状は？      (有・無)

有の場合 {熱・咳・その他 (                      )}

それはいつからですか (              ~)

陽性確認日 (      /      )

受診者・・・いつ接触しましたか？ (                      )

症状は？      (有・無)

有の場合      {熱・咳・その他 (                      )}

処方希望      {有 (錠剤・粉・シロップ)・無}

解熱剤希望      {有 (錠剤・粉・座薬)・無}

新型コロナウイルスワクチン接種      未・済 (1回・2回)

連絡先      優先順に①氏名                      (続柄                      )

電話

②氏名                      (続柄                      )

電話



◆◆◆ 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  
( ## )

記入日: 西暦 2021 年 月 日  
(令和3 年)

HERSYS ID: 月 日  
陽性判明日: 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。  
(該当する記号に●(択一式)、■(複数回答可)をつけてください。)

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) 名前/Name 漢字・英字等	性別	生年月日/B.D. 未選択 (記入日による満年齢(スコア判断))	(満 / (未) / 歳)
* 電話番号/Tel (※) 携帯 0 - - 自宅 0 - -	LINE登録 Register to LINE	○ あり ○ なし ○ 登録 予定	
所在地 /Address 郵便番号/Zip Code 市 区 町 村 字 名 番 番 (未選択)	建物名・マンション名等	職業	

※LINEでフォローを受けられる方は、LINEに登録している電話番号を携帯番号欄へ記載してください。

2. 医療情報 (Medical information)

かかりつけ病院 (担当医、Tel)	○ なし ○ あり (病院名) (担当医) (TEL) 0 - -
服用中の薬	○ なし ○ あり 症状 薬品名(商品名) ( 日分)
アレルギー情報	○ なし ○ あり 内容・症状 [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]
* 妊娠の有無(患者本人)	○ なし ○ あり( 週)(かかりつけ医: )

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[ ]
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[ ]
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[ ]
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[ ]
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[ ]
生活保護受給	○ なし ○ 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

【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( )	確認日時( / / )
<input type="checkbox"/> 提供に関する説明の実施	
<input type="checkbox"/> 自宅療養者の意思の確認(本人の同意)	○ あり ○ なし

UD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。  
FONT 見えにくい条件下での読取を繰り返すことで、視力や専門に左右されることがなく幅広い年齢の方にとって読取りやすいよう設計されています。

※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 電話番号/Tel	0 - -	続柄/Relation	
2	名前/Name 電話番号/Tel	0 - -	続柄/Relation	

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 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 type="radio"/> いいえ	<input type="radio"/> その他[ ]
母国語は何語ですか?		英語対応について	<input type="radio"/> 可能 <input type="radio"/> 不可能

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 type="radio"/> あり
食事はとれていますか?	<input type="radio"/> 普段どおり <input type="radio"/> あまりとれていない( 日前頃から) <input type="radio"/> 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="radio"/> 普段どおり <input type="radio"/> あまりとれていない( 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 <input type="radio"/> 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="radio"/> なし <input type="radio"/> 少しある <input type="radio"/> 強くある
頭痛はありますか?	<input type="radio"/> なし <input 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 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 type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
同居人はいますか?	<input type="radio"/> なし <input 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 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 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 type="radio"/> あり
妊娠している者	<input 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 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 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 type="radio"/> あり	《種類》	《数》
-------------------	---	------	-----

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.)

保健所記入欄	
保健所名: (基本情報、現住所の市区町村を選択ください。)	
《療養先》	<input type="radio"/> 自宅療養 <input type="radio"/> 自宅療養(入院待ち) <input type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 宿泊療養 <input type="radio"/> 宿泊療養(入院待ち) ( <input type="checkbox"/> 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:	
《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 [ ]
有症状(発病日):	月 日
または	
無症状(検体採取日):	月 日
《療養最終日》	月 日 <input type="checkbox"/> 本人確認済み
《外出可能日》	月 日 <input type="checkbox"/> 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、全員に購読してください。 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、住所等の個人情報を提供について同意の上で、配食サービスの利用を希望しますか。 <input type="radio"/> 希望します <input type="radio"/> 希望しません	
《入院優先度判断スコア》 点数 0 点 → 別紙 入院優先度判断スコアシートを提出ください。	
《パルスオキシメーターの貸与の有無について》 <input type="checkbox"/> 本人確認済み	

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。空欄に余白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。  
FONT 見えにくい条件下での検閲を繰り返すことで、視力や環境に左右されことなく幅広い年齢の方にとって読取りやすいよう設計されています。