

相談用紙 ※宿泊療養希望用(聴覚に障がいのある方など)

相談年月日: 令和 年 月 日

1	患者氏名:	2	性別: 男・女	3	生年月日: 年 月 日 ( 歳 ヶ月)
4	患者住所:				
5	患者電話番号: 自宅	—	—	携帯	—
	FAX	—	—	メールアドレス:	
6	本人以外の(保護者等)緊急連絡先				
	氏名:	本人との関係(続柄):			
	住所:				
	電話番号 自宅:	—	—	携帯:	—
7	ワクチン接種歴 ( 未接種 ・ 1回接種後 ・ 2回接種後 ・ 3回接種後 )				
8	体温	°C			
9	現在の症状	無	・	有	(症状: )
10	血中酸素濃度 (Spo2) の計測は可能ですか。	可	・	不可	⇒可の場合 数値の記入をお願いします。( %)
11	(基礎疾患)悪性腫瘍はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
12	(基礎疾患)慢性閉塞性肺疾患はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
13	(基礎疾患)慢性腎臓病はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
14	(基礎疾患)慢性呼吸器疾患はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
15	(基礎疾患)高血圧はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
16	(基礎疾患)糖尿病はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等(インシュリン投与含む)により安定しますか。 はい・いいえ
17	(基礎疾患)脂質異常はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
18	(基礎疾患)心血管疾患はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
19	精神疾患はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
20	整形外科疾患はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
21	その他の疾患 ( )				⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
22	免疫抑制剤の使用はありますか。	無	・	有	⇒有の場合 内服等により安定しますか。 はい・いいえ
23	身長 ( CM) 体重 ( kg)				
24	喫煙歴はありますか。	無	・	有	( 歳から 本/日)
25	現在、妊娠していますか。	無	・	有	妊娠週数 ( 週 日)
26	コロナに対する投薬はありますか。	無	・	有	
27	薬の持参可否について教えてください。	可	・	不可	持参薬の量( )

28	アレルギー	無 ・ 有	アレルギーの種類 食事・薬剤・その他 (アレルギーの内容)	有の場合 自己除去は可能ですか。 アフィラキシー経験はありますか。	可・不可 無・有
29	宗教や文化による禁忌食材はありますか。	無 ・ 有			
30	歩行や階段の昇降などに介助が必要ですか。	必要・不要			
31	身の回りのことがひとりでできますか。	可・不可			
32	認知症はありますか。	無 ・ 有			
33	日本語によるコミュニケーションについて、該当するものに○を付けてください。			筆談 ・ メール ・ その他 ( )	
34	未成年の場合、保護者の連絡先を記入してください。			保護者の氏名： 電話番号：	
35	「健康保険証」・「宿泊療養・自宅療養における医療費公費負担通知」持参について	可 ・ 不可			
36	入所中は治療食の提供ができないこと、個別の要望に対応できないことを了承した	はい ・ いいえ			
37	医療保険に関する情報について、該当するものに○をつけてください。			健康保険証所持 ・ 生活保護受給中 ・ 無保険	
38	宿泊施設や搬送事業者などの関係者とオンラインで情報共有することの同意について	同意する ・ 同意しない			

※記載いただいた内容を確認した後、メールもしくはFAXにてお返事いたします。