

# 新型コロナウイルス感染症自宅療養者等の診察所見報告書

別紙様式

豊田市保健所長 様

(診察日) 令和\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

医療機関・訪問看護ステーションの名称\_\_\_\_\_

所在地\_\_\_\_\_

電話番号\_\_\_\_\_

担当医師又は看護師氏名\_\_\_\_\_

患者氏名	性別 男 ・ 女
患者住所	電話番号
生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
<診療種別> (該当に☑) <input type="checkbox"/> 電話診療 <input type="checkbox"/> オンライン診療 <input type="checkbox"/> 外来受診 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問看護(電話等)	<診療場所> (該当場所に☑を入れ、施設等の場合は施設種別と名称を記載。) <input type="checkbox"/> 患者宅 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等 ( 施設種別： 名 称： )

**【症状、検査結果、処方内容、その他所見】**

体 温	℃	
酸素飽和度	%	
症状	呼 吸 器	咳嗽 ・ 呼吸苦 ・ 鼻汁/鼻閉 ・ 咽頭痛 ・ その他 ( )
	消 化 器	嘔気/嘔吐 ・ 下痢 ・ その他 ( )
	そ の 他	頭痛 ・ 意識障害 ・ けいれん ・ その他 ( )
胸部画像診断	実施有 → X線 ・ CT ・ 実施無 ↪ 所見 ( )	
その他検査・処置・所見等 がある場合は記入		
入院加療の要否	不要 ・ 必要	
重症度の所見	無症状 ・ 軽症 ・ 中等度Ⅰ ・ 中等度Ⅱ ・ 重症	
処 方 薬	無し ・ 有り ( 医薬品名 )	

**申請書の提出に合わせて、提出してください。**