

様式①

京都府・医師会京都検査センター 事前チェックシート

会場まで**自家用車**で来場できる方に限ります(徒歩・自転車不可)

送信日： 令和 2 年 月 日

【相談者】	医療機関名	所属地区
	医師名	連絡先（携帯等、連絡がつく電話番号）

※かかりつけ医以外からの相談（相談者： ）

【患者情報】	患者イニシャル（姓・名）	性別	年齢
	貴院でのカルテ番号		

◆以下、該当する項目には全てチェックまたは記入してください。

1. 感染リスクの有無

濃厚接触の疑い { あり なし 不明 }

2. 職種

- 医療機関従事者 { 医師 看護師 その他 () }
- 福祉・介護関連従事者 学校・保育関係従事者 その他：職種 ()

3. 臨床症状

- 酸素飽和度（※わかる場合）： %（直近） { 悪化傾向 変化なし 改善傾向 }
- 安静時または労作時の息苦しさ： 日前から { 悪化傾向 変化なし 改善傾向 }
- 強い倦怠感： 日前から { 悪化傾向 変化なし 改善傾向 }
- 37.5度以上の発熱： 日前から { 悪化傾向 変化なし 改善傾向 }
- 咳： 日前から { 悪化傾向 変化なし 改善傾向 }
- 胸部画像で肺炎像あり（※わかる場合）： 胸部XP 胸部CT
- 味覚障害・嗅覚障害： 味覚 嗅覚
- その他の症状・特記事項 ()

4. 既往歴・基礎疾患等

- 基礎疾患： { 呼吸器疾患 心疾患 糖尿病 高血圧 その他 () }
- 免疫抑制状態： ステロイド、免疫抑制剤、抗がん剤等の使用 免疫力低下をきたす疾病
- 妊婦： 妊娠週数 週
- 精神科症状あり： うつ 不安神経症 その他 ()
- 透析加療中

5. 生活背景

- 医療・福祉・介護従事者と同居している
- 高齢者・基礎疾患などリスクのある方と同居している
- 介護・在宅医療などのサービスを受けている ⇒ { 通所 訪問 }
- 感染防止にかかる留意点が遵守できない者、または理解が乏しい者
- 喫煙歴
- 独居
- その他 ()

※相談センター使用欄

◆送信の際は宛先をお確かめ下さい◆

F A X 送信先：075-354-6992

メール送信先：pcr@kyoto.med.or.jp

京都府・医師会京都検査センター