

感染症チェックリスト

体温 °C 小学生以下のお子様 体重 kg SpO2値 %

ふりがな		性別	生年月日		大・昭・平・令	年齢
お名前		男・女			年	月 日
ご住所	〒		自宅			
			携帯			
			緊急連絡先 (ご本人様以外)	お名前	続柄	
				TEL		
ご利用の介護ステーションや担当ケアマネージャー				TEL		

- 身の周りに新型コロナやインフルエンザ、風邪等の感染症が疑われる人はいますか？
 いない ・ いる (接触日: どこで:)
- 自宅や他施設でPCRまたは抗原検査をしましたか？
 していない ・ した (いつ: どこで: 結果:)
- 該当する症状に☑してください (発症日は日付でご記入ください)
 - 発熱 (発熱期間: ~) 頭痛 (発症日:)
 - 咳 (発症日:) 呼吸困難感 (発症日:)
 - 鼻汁 (発症日:) 下痢・嘔吐 (発症日:)
 - のど痛 (発症日:) その他 ()
- 新型コロナワクチンは接種しましたか？
 いいえ ・ はい (回) 接種済み
- 基礎疾患のある方は該当の病名に☑してください
 - 慢性呼吸器疾患 心血管疾患 糖尿病 高血圧症 腎疾患 肝炎
 - 脂質異常症 免疫不全症候群 悪性腫瘍 免疫抑制剤・抗がん剤の使用
 - 肥満 (BMI 30以上: 体重 kg) 喫煙 アルコール摂取
 - その他 ()
- アレルギーはありますか？ ない ・ ある ()
- 現在、飲んでいるお薬はありますか？ ない ・ ある ()
- 飲み薬や注射等で具合が悪くなったことはありますか？ ない ・ ある
 (薬品名: 症状:)
- かかりつけの薬局はありますか？ ない ・ ある (薬局名:)
- 女性の方にうかがいます。
 現在、妊娠していますか？ いいえ ・ はい (カ月) 可能性あり
 現在、授乳中ですか？ いいえ ・ はい (お子様の月齢 ヶ月)