個人情報 注意 / 情報提供時 患者同意必要（印刷して手書きが確実。Adobe Acrobat Reader でも入力可能）

要介護などの COVID19 陽性者　情報シート（入院調整用）　Ver4.1

この票の記載年月日：令和　　年　　月　　日　記載者・所属：	
患者氏名（ふりがな）、生年月日（和暦）　年齢 （　　）　　年　月　日　歳	
キーパーソン連絡先の氏名・電話（複数可） 独身ならば、後見人や市町村などを記載 ※最新のものか確認。固定電話など解約されていることがあります。	施設名、担当者・電話（複数可）
かかりつけ医	施設担当医（嘱託医）
介護認定　や　障がい者認定：	
施設利用状況：	
担当ケアマネ（福祉担当者）とその所属・連絡先：	
既往歴とその担当病院や担当医（複数可）	
おおまかな身長・体重：　　ｃｍ　　ｋｇ	
常用薬：（最新のお薬手帳のコピー添付可）	
アレルギー：（食事、薬、喘息の確認） 食物＿＿＿＿＿＿＿＿、薬剤＿＿＿＿＿＿＿＿、喘息＿＿＿＿	
喫煙歴：	
ワクチン接種歴（回数、最終接種日）（未接種なら 0 回と記載） ＿＿＿回（最終:　　年　月　日）	
普段の認知機能（日付・場所・相手・コミュニケーション）	
普段の ADL（着替え、食事介助・食形態、移動方法、排泄、入浴）	
症状経過（感染経路、いつ、どんな症状で発症し、どんな検査をされ、その後どうなっているか） （最終ﾊﾞｲﾀﾙ：体温　　℃，SpO2　　%（酸素　　L），血圧　　）	
事前確認事項（施設担当者とｷｰﾊﾟｰｿﾝに確認） ①隔離による ADL 低下・認知機能低下の可能性への理解 ②ADL 低下あっても療養解除後には施設（自宅）に戻ることへの協力 ③COVID19 などの感染対策のとられた病床での延命治療の困難さへの理解	

様式作成者：Nobuhito ARAKAWA
（本様式は自由に複製・配布可能です。）

個人情報 注意 / 情報提供時 患者同意必要（印刷して手書きが確実。Adobe Acrobat Reader でも入力可能）

記載例 要介護などの COVID19 陽性者 情報シート（入院調整用）Ver4.1

この票の記載年月日：令和 5 年 X 月 Y 日 記載者・所属：那須 次郎(特養とちぎ荘)

患者氏名(ふりがな)、生年月日(和暦) 年齢

栃木 和男(とちぎ かずお) 昭和 22 年 7 月 22 日 74 歳

キーパーソン連絡先の氏名・電話（複数可）	施設名、担当者・電話(複数可)
独身ならば、後見人や市町村などを記載 ※最新のものか確認。固定電話は解約されていることがあります。 栃木秋子(妻) 090-1234-5678, 栃木一郎(長男)080-3512-9689	特養とちぎ荘 那須次郎 0287-85-1235
かかりつけ医 ○○医院	施設担当医(嘱託医) △△クリニック □□先生

介護認定 や 障がい者認定：要介護 1 障がい者手帳 A-1(自閉症)

施設利用状況：週に 3 回デイサービス「ゆっぽっぽ」を利用（火木土）

担当ケアマネ(福祉担当者)とその所属・連絡先：とちぎ荘 高野 0287-37-2221

既往歴とその担当病院や担当医（複数可）

65 歳からﾊﾟｰｷﾝｿﾝ病(△病院)、70 歳 慢性硬膜下血腫 Ope 後(□病院)、 73 歳腰椎圧迫骨折(▽外科)、高血圧、慢性胃炎(○○医院)

おおまかな身長・体重： 170 ｃｍ 65 ｋｇ

常用薬：（最新のお薬手帳のコピー添付可）

アムロジピン(5)1T1X 朝，ｻｲﾄﾃｯｸ(200)3T3X 朝昼夕，ﾗﾌﾁｼﾞﾝ(10)2T2X 朝夕 （○○内科）

その他は添付のコピー参照

アレルギー：（食事、薬、喘息の確認）

食物なし、 ペニシリンアレルギーあり、 喘息なし

喫煙歴：20-50 歳まで 40 本/日

ワクチン接種歴（回数、最終接種日）（未接種なら 0 回と記載）

4 回 （最終： 2022 年 11 月 3 日）

普段の認知機能(日付・場所・相手・コミュニケーション)

日付や時間△ 場所× 相手○ 難聴あり。 簡単な会話なら なんとか可能。

普段の ADL(着替え、食事介助・食形態、移動方法、排泄、入浴)

着替え全介助、 全粥キザミをスプーンで自己摂取、 すくみ足で歩きにくい、 トイレはリハパン、入浴はデイサービス

症状経過（感染経路、いつ、どんな症状で発症し、どんな検査をされ、その後どうなっているか）

1/9 から施設でコロナが流行中

1/12 の朝 9 時頃に発熱 38.9℃で発症。○医院で抗原定性陽性、SpO2=97%

1/13 の朝も 38.5℃。食欲なく、SpO2 が 88%に低下。 酸素 1L 開始して 92%

（最終ﾊﾞｲﾀﾙ：体温 37.8 ℃, SpO2 90 %(酸素 1 L), 血圧 120/70 ）

事前確認事項(施設担当者とｷｰﾊﾟｰｿﾝに確認)

①隔離による ADL 低下・認知機能低下の可能性への理解

②ADL 低下あっても療養解除後には施設(自宅)に戻ることへの協力

③COVID19 などの感染対策のとられた病床での延命治療の困難さへの理解

様式作成者：Nobuhito ARAKAWA

（本様式は自由に複製・配布可能です。）