

新型コロナウイルス感染症対策支援に係る事前準備シート（者）

【記入者： _____】

《本人情報》				受入日：令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ） 市町村名： _____	
記入日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日（ ）			市町村 担当者	所 属
フリガナ					職・氏名
氏 名				連絡先	電 話：
生年月日	____ 年 ____ 月 ____ 日生（ ）歳				メー ル：
性 別	男 性 ・ 女 性			マスクの着用	可 ・ 不可 留意事項（ _____ ）
住 所：〒				生活歴：（学校名、通所先の事業所など）	
電 話：					
障害名					
障害者 手帳	身 体	有（ ____ 種 ____ 級）・無・申請中			
	精 神	有（ ____ 級）・無・申請中			
	療 育	A1	A2	B1	B2
受給者証	有 ・ 無				
サービス提供事業所名：				相談支援事業所名：	
電 話：				電 話：	

《医療機関情報》

既往歴						
基礎疾患	有 ・ 無	病 名	1. 慢性呼吸器疾患 2. 慢性心疾患（高血圧を除く） 3. 慢性腎疾患 4. 慢性肝疾患（慢性肝炎を除く） 5. 神経疾患・神経筋疾患 6. 血液疾患 7. 糖尿病 8. 疾患や治療に伴う免疫抑制状態（悪性腫瘍・関節リウマチ・膠原病/内分泌疾患（肥満含む）/消化器疾患/HIV感染症・その他の疾患や治療に伴う免疫抑制状態） 9. 小児科領域の慢性疾患 10. その他（ _____ ）			
服 薬	有 ・ 無	薬剤名				
医療ケア	要 ・ 不要	内 容				
かかり つけ医	名 称			病気への留意点		
	主治医					
	電 話					
	発熱外来認定医療機関（※）		有 ・ 無			
	訪問診療		有 ・ 無			

※発熱患者を診察する一般の医療機関を「帰国者・接触者外来と同様の機能を有する医療機関」として県が認定すると、医療機関は独自の判断でPCR検査や抗原検査を取り扱うことが可能。

《日常生活領域情報》

①歩行(屋内移動)	可 ・ 困難 ・ 不可	車椅子 ・ 杖 ・ 独歩 ・ その他()	
②衣服の着脱	要 ・ 不要	留意点:	
③装具	有 ・ 無	留意点:	
④食事	食事の介助	要 ・ 不要	留意点:
	形態食	要 ・ 不要	刻み食 ・ ムース食 ・ その他()
	病理食	要 ・ 不要	腎臓食 ・ 糖尿食 ・ その他()
	アレルギー	有 ・ 無	アレルギー食材()
	その他		
⑤コミュニケーション・スキル	意思表示の手段		
	意思表示の程度		
	意思伝達の理解		
⑥移動	移乗	要介助() ・ 不要	
	立ち上がり	要介助() ・ 不要	
	座位保持	要介助() ・ 不要	
⑦トイレ	排尿・排便	要介助() ・ 不要	
	その他		
⑧起床・就寝	ベッドへのトランス	要介助() ・ 不要	
	整容	要介助() ・ 不要	
	その他		
⑨夜間の状況	睡眠		
	排泄	要介助() ・ 不要	
	体位変換	要介助() ・ 不要	
	その他		
⑩入浴動作の介助	要 ・ 不要	留意点:	
⑪服薬管理	要 ・ 不要	留意点:	
⑫薬剤アレルギー	有 ・ 無	有の場合の薬剤名:	
⑬日常生活の中で落ち着ける環境等			
⑭行動上の問題点と対応			
⑮緊急時の医療的対応			
⑯留意点等			

上記の内容について、市町村及び支援機関に提供することに同意します。

本人氏名:

印