

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（児）

【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
生年月日	____ 年 ____ 月 ____ 日生 ( ) 歳	マスクの着用	電話: _____
性 別	男 性 ・ 女 性		メール: _____
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. アレルギー( _____ ) 11. その他( _____ )	
服 薬	有 ・ 無	薬 剤 名		
医療ケア	要 ・ 不要	内 容		
基礎疾患 の かかり つけ医	名 称			
	主 治 医			
	電 話			
	発熱外来認定医療機関(※)		有 ・ 無	
	訪問診療		有 ・ 無	
病 気 へ の 留 意 点				

※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。

