

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	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. 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			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。

