

抗体カクテル療法ステーション受入依頼書 兼 診療情報提供書

(ID) 申込日 年 月 日

紹介元 医療機関	(医療機関名)		
	(住所)	(電話番号)	- -
		(FAX番号)	- -
	(医師名)		

(ふりがな) 患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	大正 ・ 昭和 平成 ・ 令和	年 月 日 (歳)	
住所など	(住所) 〒	(電話番号)	- -

患者基本情報

身長	cm	体重	kg	BMI値	
基礎疾患	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ()				
アレルギー	薬剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 未確認	食物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> 未確認			
抗がん剤・免疫抑制剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
会話可能な言語 (配慮が必要な場合のみ記載)					
キーパーソン (濃厚接触者・陽性者以外)	(氏名)	(続柄)			
	(電話番号)	- -			
かかりつけ医療機関					

新型コロナ感染症関連情報

発症日	年 月 日	感染経路	
陽性判明日	年 月 日	(<input type="checkbox"/> 抗原検査 <input type="checkbox"/> PCR検査)	
ワクチン接種状況 (未接種は未記入)	1 回目	年 月 日	90日以内の ワクチン接種希望 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	2 回目	年 月 日	
症状	体温	°C (解熱剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	
	SpO2	% (<input type="checkbox"/> 室内気 <input type="checkbox"/> 酸素 L)	
	<input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 全身倦怠感 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 ()		
画像上の肺炎像	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 撮影していない		
※当院への 搬送手段	<input type="checkbox"/> 民間救急車 (保健所手配) <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 徒歩 ※民間救急車は当センターから保健所へ依頼します。		

患者氏名			
抗体カクテル療法ステーション入院基準 【1】～【8】全てに当てはまる方が受け入れ対象			
<input type="checkbox"/>	【1】 新型コロナウイルス感染症PCRまたは抗原検査陽性		
<input type="checkbox"/>	【2】 症状がある方		
<input type="checkbox"/>	【3】 発症日から7日以内		
<input type="checkbox"/>	【4】 酸素投与を要さない方 (SpO2：96%以上が好ましい)		
<input type="checkbox"/>	【5】 ADLが自立の方		
<input type="checkbox"/>	【6】 妊娠していない方		
<input type="checkbox"/>	【7】 認知症でない方		
【8】 重症化リスク因子有無 <small>(少なくとも1つ以上有していること)</small> <small>※該当する項目すべてにチェックしてください</small> <small>※重症化リスク因子の項目は改正される場合があります。</small> <small>厚生省事務連絡で最新の情報をご確認ください。</small>	<input type="checkbox"/>	50歳以上	<input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上) <input type="checkbox"/> 心血管疾患 (高血圧含む) <input type="checkbox"/> 慢性肺疾患 (喘息含む) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> (1型又は) 2型糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 妊娠後期 <input type="checkbox"/> 免疫抑制状態 (悪性腫瘍治療剤、骨髄又は臓器移植、免疫抑制剤の長期投与など) <input type="checkbox"/> 喫煙 (本/日 <input type="checkbox"/> 現喫煙者 <input type="checkbox"/> 既喫煙者 (歳～ 歳))
患者への説明実施および同意確認(同意を得られたらチェック)			
<input type="checkbox"/> 投与について説明を受け、患者さん自身がロナプリーブ投与を希望しています。			
<input type="checkbox"/> 入院期間は1泊2日になります。			
<input type="checkbox"/> 原則、抗体カクテル療法のための対応となります。			
<input type="checkbox"/> ロナプリーブ投与は症状等により実施できない場合があります。			
同意日	年	月	日
			説明者

退院後のフォローアップ実施可・不可	
患者退院後のフォロー 【隔離期間内／在宅】	<input type="checkbox"/> 24時間可能 <input type="checkbox"/> 日中のみ可能 <input type="checkbox"/> 不可

【問い合わせ先】 (地独) 東京都健康長寿医療センター 医療連携室 TEL：03-3579-6963 (直通) / FAX：03-3964-1392 <small>(繋がりにくい場合は03-3964-1141 (代表) へお電話ください)</small> <small>※申込受付時間：月～金曜日 9時～17時 (祝日を除く) ※金曜日および祝前日は14時まで</small>
--