|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| しまね新型コロナウイルス感染症健康相談票＜出雲HC用＞R2.11.１作成 | | | | |
| 日時 | R　　　年　　　月　　　日　　　時　　　分 | | 担当者名 |  |
| 相談方法：出雲保健所（ 電話 ・ 面談 ） ・ コールセンター（　　　　　）さんから引継ぎ | | | | |
| **対象者** | 匿名・氏名（フルネーム）　ふりがな　　　（男・女）生年月日 T.S.H.R　　年　　月　　日（　　歳）  住所：　　　　　　　　電話番号：　　　　　　　　職業等：（勤務先、学校（学年・組）、施設等）：  かかりつけ医：なし・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **電話してきた人** | 匿名・氏名：　　　　　　　　　　　　　　（男・女）対象者との関係：  電話：  医療機関の場合（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 相談趣旨：①症状等の健康相談　②医療体制等　③予防、治療等　④その他  相談概要（記載欄不足の場合裏面） | | | | |
| **１　病状がある場合**  ア)発熱（最高　　　℃）　　月　　日～　　月　　日  イ)強い倦怠感　 　　　　　月　　日～　　月　　日  ウ)息切れ・息苦しさ　　　　月　　日～　　月　　日  エ)咳　　　　　　　　　　　月　　日～　　月　　日  オ)鼻汁・鼻閉　　　　　　 月　　日～　　月　　日  カ)味覚・嗅覚異常　　　　　月　　日～　　月　　日  キ）その他（症状，期間）  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | 家族、同僚、クラスメート、友人等で同じような症状の者がある場合の状況 | | |
| 受診先：  受診日：  診断・検査結果：  処方内容： | | |
| 【既往歴/現病歴】□高齢者　□妊婦　□喫煙　□基礎疾患（　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※基礎疾患：糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）、透析している方、免疫抑制剤や抗がん剤等の服用がある方 | | | | |
| **２　行動歴、患者との接触歴　※概ね発症の14日前から確認し該当があれば詳細（日時、場所等）を記載**   1. 海外・県外移動（ 有 　無 ） 2. 接待を伴う飲食店、パチンコ、ライブハウス、カラオケ、ネットカフェ、スポーツクラブ等の利用、多数の者が集まるイベントへの参加（　有　無　） 3. 新型コロナウイルス患者、海外・県外に滞在していた者との接触（　有　無　）   詳細内容（記載欄不足の場合裏面）　　　　　　　　　　　（最終勤務、出席日：　　／ 　　）   1. 感染防護、拡大防止の取組みをしているかどうか   □外から帰ったら必ず手を洗う　□外出時は必ずマスクを着用している　□外でもこまめに手洗を洗う  ⑤　受診予定または案内をした医療機関（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| **対応**□診療・検査医療機関を案内（□事前電話　□マスク着用 □受診先の提案）　□検査の流れの説明  **□**かかりつけ医に相談することを案内（□事前電話　□マスク着用）　□自宅療養　□傾聴  □確認後再連絡（　月　　日済み）　　□質問事項のFAX送付を依頼　□衛生指導課（　　　さん）に相談  □地域外来・検査センター受診調整（衛生指導課　　　さんに引継ぎ）□その他（　　　　　　　　　　　） | | | | |