

## 新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者入院相談票（診療情報提供書）

令和 年 月 日

### ○相談先医療機関名

### ○相談元施設（医療機関）等情報

名称	
住所	
電話番号	
担当者（担当医師）氏名	

### ○患者情報

氏名	(男・女)	電話番号	
生年月日（年齢）	T・S・H・R 年 月 日（歳）	住所 施設名	
診断日	年 月 日	生活の場所	自宅 ・ 施設 ・ 入院
検体採取日	年 月 日	福祉サービス	
ワクチン接種	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（回）	家族の連絡先（氏名、関係）	( )
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ )	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ )

### 【バイタル】

体温： \_\_\_\_\_℃ SpO2： \_\_\_\_\_%（室内気・酸素 L） 血圧： \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 脈拍： \_\_\_\_\_ 回/分

### 【症状】 該当する項目は□にチェックし、（ ）内を記載する → ①早急な入院が勧められる状態

<b>発症日：（ 年 月 日）</b> <input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱 : 具体的日付（ ） <input type="checkbox"/> 息切れ : いつから（ ） <input type="checkbox"/> 食事、水分摂取困難 : いつから（ ） <input type="checkbox"/> 喀痰 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 37.5℃以上の発熱 3日間以上 <input type="checkbox"/> 発症5日経過後の発熱（37.5℃以上） 2日間以上 <input type="checkbox"/> 血中酸素飽和度（SpO2）が93%以下、または平時より明らかに低下している <input type="checkbox"/> 顕著な呼吸苦や息切れ <input type="checkbox"/> 肺炎を疑う所見あり（画像検査等） <input type="checkbox"/> 食事、水分摂取困難 3日間以上 <input type="checkbox"/> その他医師が「要入院」と判断  : 判断理由 { }
--	---

### ②要注意・要観察な状態…項目に該当するものがあれば患者フォローアップを行う

<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <sup>※1</sup> <input type="checkbox"/> 自己免疫疾患 : 疾患名（ ） <input type="checkbox"/> 間質性肺炎 <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 妊婦：( 週) → かかりつけの産科医療機関に本人から連絡するように伝える	<input type="checkbox"/> 上記の「①早急な入院を勧められる状態」に満たないが、今後の療養過程で改善の経過をみる場合 <input type="checkbox"/> BMI30以上 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤使用 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 部位： _____ 治療の時期： _____ 治療方法： _____ 現在のフォロー方法： _____ <small>※1…血糖コントロール不良：(例として、HbA1c値8.0%以上、空腹時血糖値140mg/dl以上、食後2時間血糖値200mg/dl以上)</small>
---	---

### 【治療経過】

### 【処方内容】

### 【特記事項】 該当する項目は□にチェックし、（ ）内を記載する

ADL : <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> その他	}
<input type="checkbox"/> 要介護認定 : 介護度（ ）	
<input type="checkbox"/> 認知症	
<input type="checkbox"/> 手帳所持 : ( )手帳( )級	
<input type="checkbox"/> 延命処置の希望 <sup>※2</sup> : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素投与 <input type="checkbox"/> 気管挿管 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ECMO	

※2…延命処置の希望：通常時の希望ではなくコロナによる重症化の際の希望を確認する。

### （補足）

感染症法での5類への類型変更（令和5年5月8日）に伴い、新型コロナウイルス感染症患者の入院は、法律にもとづき知事（保健所）が入院勧告するものから、一般の疾病と同様に、相談、受診、紹介をきっかけとして診察した医療機関が、患者の状態等により必要性を判断するものとなります。

この相談票は、相談や紹介を受けた医療機関が、入院の必要性について適切かつ迅速に判断するための必要な情報をあらかじめ提示することを目的としており、医療機関同士の紹介の際は診療情報提供書として用いられることを想定しています。

患者を紹介したい医療機関や利用者について相談したい施設におかれては、この相談票の項目について可能な限り情報を取得し提供することが勧められます。

なお、この相談票（診療情報提供書）は、県西地域新型コロナウイルス感染症医療体制連絡会議（栃木県県西健康福祉センター主催）で作成されたものですが、相談や紹介の方法を規定するものではなく、他の様式や方法での相談や紹介を制限するものでもありません。

### 【相談先】

病院名	相談可能時間帯	連絡先
上都賀総合病院	(平日) 8:30~17:00 (土曜) 8:30~12:30 第2・4週を除く	0289-64-2161 患者支援センター
御殿山病院	(平日) 9:00~17:30 (土曜) 9:00~12:00	0289-64-2131 地域連携室
今市病院	(平日) 9:00~17:00 (土曜) 9:00~12:00	0288-22-2200 病診連携室
獨協医科大学日光医療センター	(月~土曜) 9:00~11:00 第3土曜を除く	0288-23-7100 地域連携・入院支援センター
日光市民病院	(平日) 9:00~17:00 (土曜) 9:00~12:00	0288-50-3555 地域連携室

相談は上記の相談可能時間帯にお願いします。なお記載の時間帯以外では、翌日まで待つか、状態によっては救急要請をするかの判断が必要とされます。（この点一般の疾病と同様です、コロナであることのみを理由とした時間外の相談は想定されません。）

### 【相談票の項目について】

類型変更まで入院医療を担っていた入院受入医療機関の経験を踏まえると、新型コロナウイルス感染症患者の入院の適否は、重症化リスクの有無に関わらず、その時点での症状や状態により判断されるべきと考えられますので、【症状】の項目はすべて観察し記載することが望まれます。

「①早急な入院相談が勧められる状態」に1つでも該当する場合は早急な相談や紹介が勧められます。さらに症状や経過によっては、相談より救急要請がふさわしい場合もあります。

なお、重症化リスクのみ（無症状や軽症など）で即入院となることは想定されにくいですが、「②要注意・要観察な状態」に該当するような重症化リスクを有する、かつ/または既に発症している場合は、より注意深い観察や継続的な治療（重症化予防の治療を含む）が望まれます。

### 【記入時注意が必要な項目】

・血中酸素飽和度（SpO2）…室内気(Room Air)での計測値を原則とします。基礎疾患によりもともと低い値である場合があるので、感染前の普段の値が分かれば記載してください。

・妊娠…かかりつけの産科医療機関に対し、コロナ療養中の方針（受診の可否、悪化時の相談）を相談、確認することが優先されます。

・延命処置の希望…例えば緊急時の事前指示書がある場合でも、コロナによる重症化では希望が異なることもありますので、改めて確認することが求められます。

☆この相談票は、県西健康福祉センターホームページからダウンロードできます。

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e51/system/desaki/desaki/kensai-index.html>