

送信先 神奈川県立がんセンター

FAX 045-520-2727

御施設のご担当様

入院ベッドの準備等に関連しますので、可能な範囲でご記入をお願いいたします。なお、診療情報提供書中に御記載頂いた内容に関しましては省略して頂いて結構です。

診療情報提供書とともに FAX 送信をお願いします。

個人情報が含まれていますので、取り扱いにはご注意ください。

COVID-19 患者受け入れ前チェックシート

基本情報	氏名 () 性別 (男性・女性)
	生年月日 (西暦 年 月 日生まれ) (才)
	身長 (cm) 体重 (kg) 妊娠 (有・無)
確定診断	(PCR・LAMP・抗原・他) 採取日: (月 日)
症状の発現日	発熱 (無・有 月 日) 咳 (無・有 月 日) 咽頭痛 (無・有 月 日)
	呼吸苦 (無・有 月 日) 味覚嗅覚障害 (無・有 月 日)
	SpO ₂ (% 測定日 月 日) ・酸素投与 (無・有 リットル/分)
	CT/単純X線にて肺炎像 (無・片肺かつ 1/2 以下・片肺 1/2 以上・両肺)
基礎疾患等	治療中・治療後のがん疾患 (無・有)
	(病名 治療内容)
	(病名 治療内容)
	高血圧 (無・指摘はあるが服薬無・服薬中)、慢性腎疾患 (無・有・透析中)
	糖尿病 (無・服薬中・インスリン使用・その他治療中)、慢性呼吸器疾患 (無・病名)
	心疾患 (無・病名)、脳血管疾患 (無・病名)
	その他 ()
現在の服薬	(薬剤名、1回用量、服薬回数)
	() () ()
	() () ()
	() () ()

次ページもご記入ください

身体動作に関する項目					
項目	レベル			具体的内容	特記事項
栄養	自立	一部介助	全介助	主食（ご飯・粥・ミキサー・経管栄養）	
				副食（普通・一口大・ミジン・ミキサー）	
				胃ろう（使用剤（ ））	
				むせ込み（有・無） 食欲（有・無）	
				IVH（抜管の予定：有・無）	
移動	自立	一部介助	全介助	杖・歩行器・車椅子・装具	
移乗	自立	一部介助	全介助		
立位保持	自立	一部介助	全介助		
座位保持	自立	一部介助	全介助		
寝返り	自立	一部介助	全介助		
排泄	自立	一部介助	全介助	トイレ・ポータブルトイレ・尿器	
				オムツ（オムツ・紙パンツ・尿取パット）	
				バルーンカテーテル・ストーマ	
				尿失禁（有・無） 便失禁（有・無）	
				尿意（有・無） 便意（有・無）	
入浴	自立	一部介助	全介助	一般浴・機械浴・清拭	
各種障害に関する項目					
項目	レベル			具体的内容	特記事項
意思疎通	普通・困難				
視力障害	有・無			見え難い・見えない・眼鏡（使用・不使用）	
聴力障害	有・無			聞こえ難い・聞こえない・補聴器（使用・不使用）	
認知症状	有・無			徘徊・盗食・異食・過食・暴言・暴力・大声	
				奇声・独語・妄想・幻覚・放尿・放便・収集癖	
				帰宅願望・介護拒否・その他（ ）	
睡眠	良眠・不眠			眠剤（要・不要）・昼夜逆転（有・無）	
麻痺	有・無			部位（ ）・拘縮（ ）	
褥瘡	有・無			部位（ ）	
特殊ケアに関する項目					
有・無	点滴管理・IVH・ストーマ・酸素療法・人工呼吸器・気管切開・疼痛管理・胃ろう				
	バルーンカテーテル・経鼻MG・その他（ ）				
公費受給に関する項目					
有・無	身体障害者手帳（ 級）・精神保健福祉手帳（ 級）特定疾患（ ）				
	その他（ ）				