**新型コロナウイルス感染症　発生届　≪別紙 ※≫**

※本紙は福岡県独自様式とし、保健所が効率的に入院、入所などのトリアージを行うために使用します。医師は、発生届と本紙を診断後直ちに保健所に提出（FAX）いただきますようご協力の程お願いいたします。

宛　先：都道府県知事（保健所設置市・特別区長）　殿

ＦＡＸ：○○○－○○○○－○○○○○

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関情報 | 医師氏名 |  |
| 医療機関名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 患者情報 | 患者氏名（フリガナ） |  |
| 年齢（診断時） | 　　　　　　　　歳 |
| 住所（電話） | 〒（　　　　　－　　　　　　－　　　　　　） |
| 酸素飽和度（室内気） | 　　　　　　　　％ |
| 重篤な基礎疾患（該当に☑） | ☐　悪性腫瘍の術後１年以内又は、抗癌剤服用中☐　慢性閉塞性肺疾患（COPD）で症状がある患者☐　腎不全☐　糖尿病（インスリン又は、経口糖尿病薬を服用中の患者）☐　治療中の心不全、虚血性心臓病☐　固形臓器移植後での免疫抑制剤を服用中の患者 |
| 基礎疾患（該当に☑） | ☐　高血圧　　　　☐　糖尿病☐　慢性閉塞性肺疾患（COPD）☐　虚血性心臓病、心筋梗塞の既往☐　肥満（BMI30以上）　□　65歳以上の高齢者 |
| 認知機能（いずれかに☑） | ☐　障害あり　　☐　障害なし |
| 病院入院の必要性の有無（いずれかに☑） | ☐　有　　　　　☐　無 |
| ワクチン接種歴（いずれかに☑） | ☐　有　　　　　☐　無 |
| 中和抗体薬投与の希望（いずれかに☑） | ☐　有　　　　　☐　無 |
| 経口治療薬投与の同意（いずれかに☑） | ☐　有　　　　　☐　無 |