

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：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇〇

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