

患者情報共有シート

記載日： 年 月 日

医療機関名：

記載者名：

○ 基本情報

氏名	(フリガナ)		年齢	歳	性別	[男 ・ 女]	
			生年月日	西暦	年	月	日
住所						身長	cm
						体重	kg
職業			喫煙歴	なし ・ あり [1日 本 × 年間]			
キーパーソン	(フリガナ)		続柄 ()		連絡可能なTEL本人		
					キーパーソンTEL		
同居家族	人暮らし	家族続柄			接触歴 (周囲に同様の症状の人がいる場合に記載)		
症状ある家族は○を付け「年齢」を記載							

○患者背景

渡航歴	なし ・ あり [国 : 期間 :]
アレルギー	なし ・ あり []
介護度	なし ・ あり []
食事摂取	自立 ・ 介助 ・ 半介助
妊娠可能性	なし ・ あり [週]
排泄状況	自立 ・ 介助 ・ 半介助

○基礎疾患

○の横に発病年齢記載

該当時○を記載	心疾患 ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 精神疾患 (認知症含む)
その他	内服 [あり ・ なし]
発病年齢記載 / 内服内容別紙で添付	

○患者状態

症状				
各症状の発症日も記入				
発症までの経過				
最新のバイタルサイン	意識：JCS		R・I・A	
	体温： 度	呼吸： 回/分	SPO2：room air	%
	血圧： mmHg	脈拍： 回/分	SPO2：酸素 L	%
ADL	使用時は○を付ける [車椅子 ・ 杖 ・ 歩行器]	ワクチン接種歴	接種記録による確認 [可 ・ 不可]	

○備考欄

挿入デバイス等あれば記載	