

新型コロナウイルスPCR検査調査票

本調査票は、医師が新型コロナウイルス感染症を疑った根拠となった情報を共有するとともに、PCR検査が陽性であった場合の迅速な対応を可能にするためのものです。
ご多忙中、たいへん恐縮ですが、可能な限りご記入ください。

患者氏名 _____ 性別（男・女） 年齢 _____ 歳 市町村（ _____ ）

本人の職業

医療従事者 介護施設職員 旅客業 接客業 その他（ _____ ）

本人の行動歴（発症2週間前）

- 流行地域（ _____ ）への旅行・滞在歴
 密閉された空間で多く人が参加する場所やイベントへの参加
（ ライブ・コンサート、 スポーツジム、 カラオケボックス、 大人数が参加する宴会等）
 いずれも該当しない

同居者の行動歴（発症1か月） ※ わかる範囲でお願いします

- 流行地域（ _____ ）への旅行・滞在歴
 密閉された空間で多く人が参加する場所やイベントへの参加
（ ライブ・コンサート、 スポーツジム、 カラオケボックス、 大人数が参加する宴会等）
 いずれも該当しない

経過と症状 発症日（ _____ 月 _____ 日）

- 発熱や呼吸器症状が4日以上続く ひどい倦怠感 乾性咳嗽
 呼吸苦（SpO₂ _____ %） 消化器症状 入院適応あり
 味覚障害 嗅覚障害 いずれも該当しない

胸写での肺炎所見

右上肺野 右下肺野 左上肺野 左下肺野 肺炎所見なし

胸部CT所見

- 胸膜下のすりガラス様陰影 網状陰影（crazy paving）
 両側の多葉に分布する浸潤影 線状陰影
 いずれも該当しない

血液検査

■ 白血球数 _____ /mm³ ■ リンパ球数 _____ /mm³ ■ CRP _____ /dl

除外診断項目 ※ 実施した場合は、結果の記入をお願いします

- インフルエンザ（ _____ ） ■ マイコプラズマ（ _____ ）
■ 肺炎球菌（ _____ ） ■ レジオネラ（ _____ ）

医療機関名（ _____ ） 医師氏名（ _____ ）