熊本市新型コロナウイルス感染症対策課　宛　FAX 364-3361

⚠ PCRセンターへ患者紹介の場合 ➡ 紹介時にPCRセンター 宛　FAX 327-9637

入院要否及び薬物治療適応チェックシート

新型コロナウイルスの感染が判明した場合に、入院加療もしくは宿泊・自宅療養の判断の参考とするため、「いいえ」「はい」のあてはまる方に〇をつけ、( )内に数値を記入して下さい。

以下太枠、医療機関記入欄

発生届提出方法	HER-SYS ・ FAX	記入日	令和　年　月　日
陽性後の自院での診療可否	診療可(電話 ・ オンライン ・ 対面) ・ 診療不可		
ふりがな		性 別	生年月日
患者氏名		男 ・ 女	年　月　日 (　) 歳
住 所		TEL	
患者のかかりつけ医	自院・他院( )		
		発症年月日	令和　年　月　日

受診日の体温		℃	
SpO2 ※労作時:室内歩行後等		安静時(　)% 労作時(　)%	
BMI (　kg/㎡) ＝体重 (　kg) / 身長(　m)^2			
受診日まで、38℃以上の発熱が 3日以上 または 37.5℃以上の発熱が 6日以上続いている		いいえ	はい
呼吸苦または激しい咳症状が続いている		いいえ	はい
歩けないほどの強い倦怠感や脱水症状がある		いいえ	はい
CT/X線にて肺炎像がある	未検査	いいえ	はい
70歳以上である		いいえ	はい
呼吸器(肺や気管支など)の疾患がある(疾患名:　)		いいえ	はい
腎臓の疾患がある (疾患名:　)		いいえ	はい
透析を受けている		いいえ	はい
心血管疾患がある (疾患名:　)		いいえ	はい
糖尿病がある　最近のHbA1c(　)%		いいえ	はい
高血圧がある		いいえ	はい
免疫機能が低下していると言われたことがある		いいえ	はい
悪性腫瘍の治療中である		いいえ	はい
妊娠している　妊娠週数(　)週		いいえ	はい
《 治 療 薬 適 応 》			
ゼビュディ		なし	あり
ラゲブリオ	※適応ありの場合、可能な範囲で処方をお願いします。	なし	あり
パキロビッドパック	※適応ありの場合、可能な範囲で処方をお願いします。	なし	あり

診療医意見	☐ 早期入院 (SpO2≦94% 等)	☐ 入院
	☐ 宿泊療養 (自宅で個室隔離不可の場合 等)	☐自宅療養
診療時処方内容	無 ・ 有 [解熱剤 ・ 鎮咳剤 ・ ラゲブリオ ・パキロビッドパック・ その他(　)]	

医療機関名及び担当医師名 ：

連絡先 ：

以下、保健所記入欄

初回判定(入院・宿泊療養・自宅療養) ☐ 緊急性あり

発症日 ：　月　日　判定日　判定日

解除予定日 ：　月　日　担当者　医師名

トリアージ変更時記入欄

参考:治療薬選択基準(重症化リスク因子を有する等の患者)

	ゼビュディ	ラゲブリオ	パキロビッドパック
	軽症～中等症I(SpO2 94%以上)	軽症～中等症(4L/分以下の酸素投与)	軽症～中等症 I
	発症発現から7日以内	発症発現から5日以内	発症発現から5日以内
	成人、及び12歳以上かつ40kg以上	18歳以上	成人、及び12歳以上かつ40kg以上
		妊娠なし	禁忌薬の併用なし
リスク因子	55歳以上 ・ BMI 30kg/㎡超 ・ CKD ・ COPD ・ 中等症～重症の喘息(吸入/経口ステロイド薬を要する) ・ うっ血性心不全 ・ 糖尿病(薬物治療中)　等	61歳以上 ・ BMI 30kg/㎡以上 ・ CKD ・ COPD ・ 活動性の癌 ・ 重篤な心疾患(心不全、冠動脈疾患、心筋症) ・ 糖尿病　等	60歳以上・BMI 25kg/㎡超・CKD (ただしeGFR 30mL/分以上)・慢性肺疾患(治療中の喘息を含む)・喫煙者・活動性の癌・高血圧・心血管系疾患・糖尿病・免疫抑制状態・鎌状赤血球症・神経発達障害・CPAP療法　等