



事務連絡
令和2年9月15日

各保健所設置市感染症主管課 御中

神奈川県健康医療局医療危機対策本部室
医療危機対策企画担当課長

「自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート」の改訂と取り扱いの変更について

日ごろから本県の医療行政の推進に御理解と御協力をいただき、厚く御礼申し上げます。

さて、標記ヒアリングシートを次のとおり改訂するとともに、一部取り扱いを変更しましたので、お知らせいたします。

お手数ですが、貴管轄内の帰国者・接触者外来等の医療機関への周知をお願いいたします。

- 1 「自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート」の改訂について
表面下部に、保険証の「保険者番号」欄を追加しました。
- 2 「自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート」の取り扱い変更について
従来、陰性者・陽性者共にヒアリングシートの提出をお願いしておりましたが、本日より、陰性者については、ヒアリングシートの提出を不要といたします。

<添付資料>

○自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート（2020/9/15改訂版）

問合せ先
感染症対策グループ 佐藤
電話 045-285-0724

自宅・宿泊施設療養のためのヒアリングシート 2020/9/15 改訂版

記入日： 年 月 日

症状が比較的軽症の方には自宅または宿泊施設での療養をお願いいたします。その際のリスクの把握やフォロー体制準備のために、以下の項目にご回答をお願いいたします。

フォローアップ基本情報

(フリガナ) お名前		LINE登録	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 登録予定
電話番号(※)		ペットの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (種類・頭数：)

※LINEでフォローアップを受けられる方は、LINEに登録している電話番号を記載してください

緊急連絡先(緊急時にご本人様と連絡が取れない場合のご連絡先/原則家族)

1 お名前		本人との関係	
電話番号			
2 お名前		本人との関係	
電話番号			

医療情報

かかりつけ病院(TEL)		かかりつけ医師(処方医)	
服用中の薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり [症状： 薬品名(商品名)： (日分)]		
アレルギー情報	左記の中で、じんま疹以上の症状が出たことがありますか？		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
既往歴			

外国籍の方

日本語での会話は可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []
日本語の読み書きは可能ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> その他 []

食事・お体の状況

食事・食材に制限があるか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり []		
食事はとれていますか？	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまりとれていない(日前頃から) <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない(日前頃から)		
水分はとれていますか？	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまりとれていない(日前頃から) <input type="checkbox"/> ほとんどとれていない(日前頃から)		
眠れていますか？	<input type="checkbox"/> 普段通り <input type="checkbox"/> あまり眠れていない(理由： <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> その他(具体的に：)		
息苦しさはありますか？	<input type="checkbox"/> 強くある <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> ない	頭痛はありますか？	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
だるさがありますか？	<input type="checkbox"/> 強く感じる <input type="checkbox"/> 少し感じる <input type="checkbox"/> だるさはない		

生活保護受給	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	保険証 記号・番号	記号	番号
		保険者番号		

※裏面に続く

宿泊施設療養検討項目

支援を受けることなく一人で日常生活を送れますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他 []
指定の場所・時間に食事を取りに行けますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他 []
洗濯等を手洗いで自分で行うことができますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他 []
緊急時に介助なく避難することができますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他 []
仕事等の荷物を受け取れないことに同意できますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> その他 []

同居構成

同居人がいますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	患者本人の専用の個室がありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-----------	---	-------------------	---

※同居人のうち以下に該当する方はいますか？

高齢者（65歳以上）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
基礎疾患がある者（糖尿病、心疾患や呼吸器疾患を有するもの、透析加療中の者、脳血管疾患、精神疾患等）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
免疫抑制状態である者（免疫抑制剤や抗がん剤を用いている者）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
妊娠している者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
医療従事者、福祉・介護職員などの高齢者・障がい者等と多く接触する者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
入院中及び宿泊療養中、子どもの世話をしてくれる者	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

その他特記事項等

保健所記入欄

保健所名：	保健所
自宅療養・宿泊療養・入院	備考
療養期間起算日： 月 日	
解除予定日： 月 日	

災害時に備えた情報提供の同意（※県保健福祉事務所・センター及び茅ヶ崎市保健所(寒川町民に限る)は必ず記入）

<p><災害時の個人情報の取扱い> 自宅療養及び宿泊療養期間中に、大規模な台風や地震などの災害発生に備え、生命、身体の安全を守るため、お住まいの市町村に個人情報を提供する必要があります。</p>	<p><input type="checkbox"/> 提供することに同意する <input type="checkbox"/> 提供することに同意しない</p>	<p style="text-align: center;"><災害時の個人情報の提供に関する事項> 別紙「自宅宿泊者の個人情報提供の同意確認チェックリスト」に沿って説明、聞取り</p> <p><input type="checkbox"/> 提供に関する説明の実施 <input type="checkbox"/> 自宅療養者の意思の確認 （本人の同意： <input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし）</p> <p>確認者（ ） 確認日時（ ）</p>
--	--	---