

COVID-19 周産期症例報告連絡様式

| | |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療機関名 | 報告日：202__年__月__日 |
| 連絡先 | 記載者：_____ e-mail：_____@ 電話：_____-_____-_____ ファックス：_____-_____-_____ |
| 患者情報 | 氏名：_____ 年齢：____歳 分娩歴：__回経産 居住地：_____市・町・村 管轄保健所：_____ |
| 妊娠情報 | 分娩予定日：202__年__月__日 (妊娠____週：報告日現在) 基礎疾患： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (高血圧・糖尿病・その他) 合併症・産科異常：_____ |
| 臨床症状 | 症状 <input type="checkbox"/> あり 発症日：202__年__月__日 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 発熱 (体温(最高)_____℃) <input type="checkbox"/> 悪寒 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 咳嗽 (乾性・湿性) <input type="checkbox"/> 呼吸苦 (SpO ₂ ：____%) <input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 感染者との接触 | <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 検査方法 | 採取日 (202__年__月__日) 材料 <input type="checkbox"/> 鼻咽頭ぬぐい液 <input type="checkbox"/> 唾液 <input type="checkbox"/> その他 () 検査法 <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> LAMP 法 <input type="checkbox"/> 抗原検査 (<input type="checkbox"/> 定性 <input type="checkbox"/> 抗原定量) <input type="checkbox"/> その他 () |
| 周産期母子センターとの連携 | <input type="checkbox"/> 連絡済み <input type="checkbox"/> 連絡未 千葉大、女子医八千代、順天浦安、松戸市立、亀田、旭 その他 () |
| 管理方針 | <input type="checkbox"/> 入院 () <input type="checkbox"/> 自宅療養 <input type="checkbox"/> ホテル療養 () iCTG 貸出： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 備考 | |