

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	