

入院調整患者情報登録

医療機関情報

* (必須) 診断をした医療機関名 (正式名称)

* (必須) 診断をした医療機関所在地 (区市町村)

* (必須) 診断をした医療機関の電話番号 (半角数字・ハイフンなし)

* (必須) 入院調整依頼をした医師名

* (必須) 依頼先保健所

入院調整患者の基本情報

* (必須) 氏名 (姓)

* (必須) 氏名 (名)

* (必須) 氏名 (姓) フリガナ

* (必須) 氏名 (名) フリガナ

※全角カタカナで入力してください

※全角カタカナで入力してください

* (必須) 電話番号 (半角数字・ハイフンなし)

* (必須) 性別

* (必須) 生年月日

年 月 日

* (必須) 身長 (半角数字)

cm

* (必須) 体重 (半角数字)

kg

※不明の場合は0と入力してください

※不明の場合は0と入力してください

* (必須) 患者の所在

患者の所在 (病院・施設名称等)

※その他を選択した場合は必ず入力してください

* (必須) 所在地 (区市町村)

* (必須) 所在地 (番地)

※番地 (○丁目○番地○号) まで正しくご記入ください

所在地 (マンション・ビル名)

※部屋番号まで正しくご記入ください

居住地は所在地と同一である

* (必須) 居住地 (区市町村)

※都外の場合は、道府県から記入してください

* (必須) 居住地 (番地)

※番地（○丁目○番地○号）まで正しくご記入ください

居住地（マンション・ビル名）

101号

※部屋番号まで正しくご記入ください

緊急連絡先は入院調整患者本人と同一である

※本人と同一でない場合は、以下に氏名・続柄・電話番号を記入してください。

緊急連絡先氏名（姓）

緊急連絡先氏名（名）

緊急連絡先氏名（姓）フリガナ

※全角カタカナで入力してください

緊急連絡先氏名（姓）フリガナ

※全角カタカナで入力してください

緊急連絡先との続柄

緊急連絡先電話番号（半角数字・ハイフンなし）

080000000000（半角数字・ハイフンなし）

*（必須）同居人の有無

同居人の詳細（255文字以内）

※上記で「有」を選択した場合は必ず入力してください

入院調整患者の発症時の状況

*（必須）発症日

2023/05/08

*（必須）検体採取日

2023/05/08

*（必須）陽性判明日

2023/05/08

*（必須）診断方法

入院調整患者の現在の状況

*（必須）現在の体温（半角数字）

36.4 °C

*（必須）現在の重症度

意識レベル

脈拍（半角数字）

73

最高血圧（半角数字）

135

最低血圧（半角数字）

85

*（必須）解熱剤使用（現在）

*（必須）画像上での肺炎像

*（必須）現在の症状（複数回答可）

- 発熱
- 咳
- 呼吸苦
- 全身倦怠感
- のどの痛み
- 頭痛
- 嘔気/嘔吐
- 下痢
- 嗅覚・味覚障害
- その他

その他症状（255文字以内）

※現在の症状で、その他にチェックを入れた場合は必ず入力してください。

* (必須) 酸素投与前のSPO2

※酸素投与がない場合は、現在のSPO2の値を入力してください。

酸素投与後のSPO2

※酸素を投与した場合は必ず入力してください。

酸素投与量 (L)

※酸素を投与した場合は必ず入力してください。

入院調整患者の詳細情報

* (必須) ワクチン接種回数

* (必須) 重症化リスク (複数回答可)

- 糖尿病
- 心血管疾患
- 高血圧
- 慢性呼吸器疾患
- 慢性腎臓病
- てんかん
- 認知症
- 精神疾患
- 抗がん剤・免疫抑制剤使用 ※休薬中も使用に含む
- 妊娠
- その他

基礎疾患_糖尿病_内服等で安定

※重症化リスクで、糖尿病にチェックを入れた場合は必ず入力してください。

基礎疾患_心血管疾患_内服等で安定

※重症化リスクで、心血管疾患にチェックを入れた場合は必ず入力してください。

基礎疾患_高血圧_内服等で安定

※重症化リスクで、高血圧にチェックを入れた場合は必ず入力してください。

基礎疾患_慢性呼吸器疾患_内服等で安定

※重症化リスクで、慢性呼吸器疾患にチェックを入れた場合は必ず入力してください。

基礎疾患_慢性腎臓病_透析の有無

※重症化リスクで、慢性腎臓病にチェックを入れた場合は必ず入力してください。

基礎疾患の詳細情報 (255文字以内)

* (必須) アレルギー

アレルギー-対象物質 (255文字以内)

※上記で「+」を選択した場合は必ず入力してください

* (必須) 身の回りのことが1人でできるか

介助介護の必要度

暴言・暴力

徘徊

* (必須) 会話可能な言語

会話可能な言語 (その他の言語を選択した場合)

※上記で「その他」を選択した場合は必ず入力してください

* (必須) 病状悪化時の積極的治療希望の有無

かかりつけ医療機関名

常用薬 (255文字以内)

コロナの処方薬 (255文字以内)

都が運営する宿泊療養施設への入所可

※医療機関の判断に加え、本人の意向を必ず確認して下さい

[宿泊療養施設の概要「リンク」](#)

都が運営する高齢者医療支援型施設への入所可

※医療機関の判断に加え、本人の意向を必ず確認して下さい

[高齢者医療支援型施設の概要「リンク」](#)

医療機関判断内容等

* (必須) 入院調整が必要と判断した理由 (255文字以内)

特記事項等 (入院調整に当たり必要な情報) (255文字以内)

登録