

FAX宛先:麻生区役所地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)衛生課  
FAX番号:044-965-5204

記入日:

所管保健所名	川崎市保健所麻生支所		
利用者	氏名(カナ)		
	氏名(漢字)		
	生年月日	(記入時点: 満 歳)	
	性別	Tel.:	

◆ 判断項目 ◆		各スコア
1. 性別		↓
○ 男	(配点: 1)	
○ 女	(配点: 0)	_____
2. 年齢		
○ 75歳以上	(配点: 3)	
○ 65~74歳	(配点: 2)	
○ 65歳未満	(配点: 0)	_____
3. 基礎疾患 (ハイリスク因子)		
(該当する記号に■・●をつけてください。□・■は、複数回答可。○・●は、択一式)		
<input type="checkbox"/> 糖尿病	(配点: 2)	_____
<input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 (気管支喘息含む)	(配点: 2)	_____
<input type="checkbox"/> 現在治療が必要な重度の心血管疾患 (症状や心不全伴う冠動脈疾患、心筋症)	(配点: 2)	_____
<input type="checkbox"/> 高度慢性腎臓病* (GFR 30未満が目安)	(配点: 2)	_____
→肥満 ○ (30≤BMI)	(配点: 2)	
○ (25≤BMI<30)	(配点: 1)	_____
<input type="checkbox"/> 治療中の悪性腫瘍 (手術、抗がん剤など治療期間を終えたものを除く)	(配点: 2)	_____
<input type="checkbox"/> 免疫低下状態 (ステロイド等の免疫抑制剤使用、 臓器移植後、血液・骨髄移植、HIV、原発性免疫不全)	(配点: 2)	_____
<input type="checkbox"/> 肝硬変	(配点: 1)	_____
4. 透析		
(該当する記号に■をつけてください。)		
<input type="checkbox"/> 透析を受けている。	(配点: 5)	_____
5. 妊婦		
<input type="checkbox"/> 37週以降妊婦	(配点: 5)	_____
6. CT/単純X線にて肺炎像 (過去の繊維化でない、スリガラス状陰影や浸潤影を指す)		
(当てはまるものに●をつけてください。択一式。)		
→最も病変がひどいスライスで左右合計面積の ○ 25%以上	(配点: 6)	
○ 25%未満	(配点: 3)	_____
7. 発熱		
(該当する記号に■をつけてください。)		
<input type="checkbox"/> 判定日を含めて3日以上、38℃以上の発熱を認める	(配点: 2)	_____
8. SpO <sub>2</sub> (経皮的動脈血酸素飽和度)		
(当てはまるものに●をつけてください。択一式。)		
○ 安静時または室内歩行等の労作時にSpO <sub>2</sub> 93%以下	(配点: 6)	
○ 安静時に、SpO <sub>2</sub> 94%または95%	(配点: 2)	_____
9. 重症感		
(該当する記号に■をつけてください。)		
<input type="checkbox"/> 重症感 (横になれないほどの高度咳嗽(がいそう)、摂食・飲水量低下など)	(配点: 2)	_____
10. 無症状		
(該当する記号に■をつけてください。)		
<input type="checkbox"/> 無症状	(配点: -1)	_____
11. ワクチン接種歴		
有症状の発病日または無症状の検体採取日が、		
<input type="checkbox"/> ワクチン2回接種(接種後14日以降6か月まで)または3回接種	(配点: -1)	_____
		スコア合計:
12. 備考		
{ 身長	cm、体重	kg、BMI
}		