＝＝＝　入院優先度判断スコアシート　＝＝＝

送信先：中原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：０４４－７４４－３３４２

記入日：

所管保健所名		川崎市保健所中原支所	
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）
□　糖尿病　（配点：　2）　＿＿
□　慢性呼吸器疾患（気管支喘息含む）　（配点：　2）　＿＿
□　現在治療が必要な重度の心血管疾患　（配点：　2）　＿＿
（症状や心不全伴う冠動脈疾患、心筋症）
□　高度慢性腎臓病＊　（配点：　2）　＿＿
（GFR 30未満が目安）
➡肥満　○　（30≦BMI）　（配点：　2）
○　（25≦BMI＜30）　（配点：　1）　＿＿
□　治療中の悪性腫瘍　（配点：　2）
（手術、抗がん剤など治療期間を終えたものを除く）　＿＿
□　免疫低下状態（ステロイド等の免疫抑制剤使用、　（配点：　2）
臓器移植後、血液・骨髄移植、HIV、原発性免疫不全）　＿＿
□　肝硬変　（配点：　1）　＿＿

4.透析
（該当する記号に■をつけてください。）
□　透析を受けている。　（配点：　5）　＿＿

5.妊婦
□　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。）
□　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_2（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_2 93%以下　（配点：　6）
○　安静時に、SpO_2 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。）
□　重症感　（配点：　2）　＿＿
（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）

10.無症状
（該当する記号に■をつけてください。）
□　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、
□　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