



陽性となった場合に必要な療養をスムーズに受けていただくために

陽性判明時、スムーズに必要な療養が受けられるよう、検査当日中(結果判明前)に、必ず患者情報入力フォーム(スタンバイパスポート)への入力をお願いします

11:25

患者氏名 **必須**

例) 新潟 太郎

フリガナ **必須**

例) ニイガタ タロウ

生年月日 **必須**

例) 2000/01/01

年齢 **必須**

例) 21 歳

性別 **必須**

男性

女性

5分で 簡単入力!

スマートフォンのカメラを起動し、
下のQRコードにかざしてください

家族の 入力OK!



www.niigata-pcrresult-system.com

- 回答いただいた場合も追加の聞き取りのため保健所よりご連絡することがあります
- 未回答の場合でも、必要な療養が受けられます

※陽性と判定された方へ まずはホームページをご覧ください。 →
ホームページをご覧になれない方は、下記コールセンターまでご確認ください。

陽性者向け
コールセンター **025-256-8593** (9:00~17:00、土日祝対応)



新潟県 スタパ



上記QRコード(URL)から
回答できない方は裏面へ



問い合わせ先

新潟県スタンバイパスポート
(スタパ) コールセンター

025-241-0670

(9:00~18:00、土日祝対応)

表面のQRコード読み取りによる回答ができない方は以下のシートに直接記入いただき、FAX送信にて提出ください。
FAX送信先：025-256-8619 ※送信先をお間違えないようにご注意ください。

この用紙は、新型コロナウイルス感染症の検査で陽性となった方が、自宅での療養が可能か、又は宿泊施設での療養が必要かを保健所が判断するために必要な情報を検査当日中（結果判明前）に記入していただくものです。保健所は、あなたが受診した医療機関からの発生届を受け付けると、この情報をもとに療養調整を行います。

事前にこの用紙にお答えいただくことで調査時間を短縮でき、いただいた情報は必要な療養がスムーズに受けられることに役立てられます。ご不安なお気持ちかと思いますが、より適切なサポートのために、個人情報等の提供に同意いただいた上で、できるだけ正確な情報の記入にご協力をお願いします。

なお、ご回答いただいた情報は感染症法及び新潟県個人情報保護条例に基づき取り扱われ、新潟県医療調整本部、保健所及びあなたの療養に関係する医療機関で共有し、法令等に基づく場合を除き外部に提供は行いません。

上記内容に同意する （※同意いただける場合は、左記□にチェック（✓）を記入してください）

※下記の設問のうち、「必須」記載の設問は必ず御回答ください。

フリガナ 氏名 ※必須	<input type="text"/>	性別 ※必須	<input type="text" value="男性・女性"/>
-------------------	----------------------	-----------	------------------------------------

生年月日 (西暦)※必須	<input type="text" value="年 月 日"/>	年齢 ※必須	<input type="text" value="歳"/>
-----------------	------------------------------------	-----------	--------------------------------

住所 ※必須	<input type="text" value="市・町・村"/>
-----------	------------------------------------

※アパートやマンション等にお住まいの場合は建物名・部屋番号まで記載ください。

電話番号 ※必須	<input type="text" value="(携帯: - -)"/>	メールアドレス	<input type="text"/>
-------------	---	---------	----------------------

職業 ※必須	<input type="text"/>	所属 (会社名等)	<input type="text"/>
-----------	----------------------	--------------	----------------------

例：会社員、公務員、自営業、大学生、無職等

日常生活に介助・介護を要する ※必須	<input type="text" value="いいえ・要介護(車椅子等)・全介助"/>	認知症 ※必須	<input type="text" value="なし・あり"/>	徘徊 ※必須	<input type="text" value="なし・あり"/>
-----------------------	--	------------	------------------------------------	-----------	------------------------------------

身長 ※必須	<input type="text" value="cm"/>	体重 ※必須	<input type="text" value="kg"/>	検査日 ※必須	<input type="text" value="月 日"/>
-----------	---------------------------------	-----------	---------------------------------	------------	----------------------------------

症状 ※必須	<input type="text" value="症状なし・症状あり"/>	発症日 ※「症状あり」の場合のみ回答	<input type="text" value="月 日"/>
-----------	--	-----------------------	----------------------------------

自覚症状 ※「症状あり」の場合に回答	1. 38℃以上の高熱3日以上継続 2. 呼吸苦（強い息切れ、喘鳴） (※複数選択可) ※ その他の症状がある方のご記入ください
-----------------------	---

ワクチン接種 ※必須	未接種 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 最終接種日： 年 月 日
---------------	--

該当する疾患 ※必須	<input type="text" value="なし・あり (※「あり」の場合は以下から選択)"/>
---------------	--

※該当するものに○をつける	1. 高血圧 2. 糖尿病【インスリン・非インスリン】 3. 高尿酸血症(痛風) 4. 脂質代謝異常(高脂血症) 5. 呼吸器疾患 (COPD (慢性閉塞性肺疾患) ・ 間質性肺炎 ・ 治療中の喘息など) ※「2.糖尿病」、 「10.慢性腎臓病」、 「12.妊娠」を選択した場合、【 】 内の選択肢も回答
	6. CPAP使用 7. 血栓症(深部静脈血栓症・肺塞栓症) 8. 治療中のがん(術後1年以内も含む)の既往 9. 化学療法・免疫抑制剤 10. 慢性腎臓病【透析・非透析】 11. 慢性心不全 12. 妊娠【36週以降・35週以前】 13. 心療内科等の通院・治療歴

何が感染要因だと思いますか？ ※必須	自由記入欄 () 例：イベント・飲食店・家族
-----------------------	-------------------------------

喫煙歴 ※必須	<input type="text" value="なし・吸っている・やめた"/>	ご記入いただいた個人情報は感染症法及び新潟県個人情報保護条例に基づき、適切に管理し、あらかじめ明示した目的の範囲内でのみ使用します。
------------	---	--