

連携医療機関、介護施設、関係者の皆様

『新型コロナウイルス感染症に関する問診票』の改訂と

『体調管理等確認表』の運用について

平素は、当院に対しまして格別のご厚情を賜り厚く御礼申し上げます。

当院では、新型コロナウイルス感染症の感染拡大の状況を踏まえ、感染対策強化のため患者さんのご紹介をお受けする際に『新型コロナウイルス感染症に関する問診票』に基づき、問診をさせていただいております。

この度、『新型コロナウイルス感染症に関する問診票』を別紙1のとおり改訂および『体調管理等確認表』を別紙2のとおり作成いたしましたので、ご連絡申し上げます。

【問診票、体調管理等確認表の運用について】

① 救急外来等、当日の受診・転院を希望される場合は、地域医療連携室にご連絡をいただいた際に問診票（別紙1）に基づき問診をさせていただきます。

② 翌日以降のご予約をいただく場合は、体調管理等確認表（別紙2）を患者さんにお渡しいただき、受診日当日まで体温等を自己チェックし記載することと来院時にお持ちいただくことをお伝えください。

問診の結果、当院ではお受けできず「帰国者・接触者相談センター」への相談をお願いさせていただく場合がありますが、どうぞご了承くださいますようお願いいたします。

また、ご来院の際はできる限りマスクをご着用うえお越しいただくよう患者さんへお伝えください。

院内感染防止及び地域医療支援の継続のため、引き続きご理解とご協力のほどよろしくをお願いいたします。

令和2年5月

国立病院機構岡山医療センター 地域医療連携室

TEL : 086-294-9556 FAX : 086-294-9557

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

患者氏名 ()

スタッフ記載欄

体温 () 度

1. 発熱（目安：37.5度以上（各人の平熱と併せて判断）がある） はい いいえ
「はい」の場合：解熱剤はのまれましたか はい（ 月 日 時頃、薬の名前 ） いいえ
発熱（目安：37.5度以上（各人の平熱と併せて判断）があるのはいつからですか 月 日

2. 自覚症状はありますか はい いいえ
「はい」の場合：該当するすべての症状に○をつけてください
咳 痰 のどの痛み 息が苦しい 頭痛 倦怠感 筋肉痛 下痢
食べものの味がしない 鼻がつまっている においを感じない
その他 ()

3. 新型コロナウイルス感染症と診断された者または疑いのある者と濃厚接触はありますか はい いいえ
濃厚接触とは
・新型コロナウイルス感染症と診断されたまたは疑いのある者と同居あるいは長時間の接触（車内、航空機等を含む）があったもの。またはお互いにマスクをせずに30分以上室内で過ごしたもの。
・新型コロナウイルス感染症と診断されたまたは疑いのある者の気道分泌液（痰、鼻水）もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性の高いもの

4. 新型コロナウイルスに関して、保健所が行う健康観察対象として経過観察中ですか はい いいえ

5. 1、2、3、4のいずれかに該当する同居家族がいますか はい いいえ

6. 発熱や症状に気づいた日より前の2週間以内に海外渡航歴はありますか はい いいえ
渡航場所 () 期間 (月 日 ~ 月 日まで)

7. 発熱や症状に気づいた日より前の2週間以内に生活圏外への移動歴はありますか はい いいえ
移動場所 () 期間 (月 日 ~ 月 日まで)

8. 4、6、7のいずれかに該当する者と2週間以内に濃厚接触はありますか はい いいえ

9. 発熱や症状に気づいた日より前の2週間以内に屋内に多人数が集まる集会やイベントに参加したことがある はい いいえ

10. 来院前に保健所に相談されましたか はい いいえ

NHO 岡山医療センター記載欄

患者 ID () 確認者 ()

確認日 年 月 日

患者さまのお名前()

外来予約日(月 日)

< 体調管理等確認表 >

◎受診日よりさかのぼって2週間の期間で健康観察をおねがいします。

◎受診日が2週間以内の場合は、受診までの期間で記入してください。

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
強い倦怠感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嗅覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
味覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
歩行時の息苦しき	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
その他症状							
<外出先> 緊急事態宣言、 特定警戒都道 府県地域への 移動 3つの密(密閉・ 密集・密接)に 該当する場所、 期間を記載							

日付 症状	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 外来日
体温	℃	℃	℃	℃	℃	℃	℃
咳	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
強い倦怠感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
嗅覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
味覚の違和感	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
歩行時の息苦しき	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし	あり なし
その他症状							
<外出先> 緊急事態宣言、 特定警戒都道 府県地域への 移動 3つの密(密閉・ 密集・密接)に 該当する場所、 期間を記載							

※緊急事態宣言とは、政府・都道府県の発表に基づくもの。

受診日にご持参してください。ご協力ありがとうございました。独立行政法人国立病院機構岡山医療センター