

連携医療機関、介護施設、関係者の皆様

岡山医療センターへ患者さんをご紹介いただく際についてのお願いです。

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、昨今の県内での新型コロナウイルス感染症の感染蔓延化を鑑みて、下記の実施を行っておりますので、地域の先生方へはお手数をおかけいたしますが、ご理解・ご協力いただきますようよろしくお願いいたします。

記

診療科初診となる患者さんについては地域医療連携室経由でのご紹介に限りお受けさせていただいておりますので事前のご連絡、ご予約のほどお願いいたします。

ご紹介時には、事前に当院様式の間診表に基づき患者さんの現在の状態についてご確認いただき、地域医療連携室にご連絡いただくようお願いいたします。（詳細は別添の『全ての紹介患者さんにおける『新型コロナウイルス感染症に関する問診票』（別紙1）及び『体調管理等確認表』（別紙2）の提出のお願い』をご確認ください）

緊急性のない症状については、2週間以上の自宅待機期間を設けてご予約いただきますようお願いいたします。

令和2年12月

国立病院機構岡山医療センター 院長

【別添】

全ての紹介患者さんにおける『新型コロナウイルス感染症に関する問診票』

(別紙 1) 及び『体調管理等確認表』(別紙 2) の提出のお願い(様式変更)

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、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』(別紙 1) に基づき問診をさせていただき、患者さんに『体調管理等確認表』(別紙 2) による予約日当日までの体調管理をお願いしているところです。この度、昨今の県内での感染蔓延化を鑑みて別紙 1 及び別紙 2 の運用及び様式について変更いたしましたのでご案内申し上げます。

※受診が当日、翌日以降を問わずすべての紹介患者さんについて事前に問診表をいただくこととなりました。

【問診票、体調管理等確認表の運用について】

救急外来等、当日の受診・転院を希望される場合及び翌日以降のご予約をいただく場合に、地域医療連携室にご連絡をいただく際に問診票(別紙 1) に基づき患者さんの現在の状態について問診をしていただき FAX 送信をお願いします。来院日が翌日以降となる患者さんには、体調管理等確認表(別紙 2) をお渡しいたいただき、**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「新型コロナウイルス受診相談センター」への相談をお願いする場合がありますが、どうぞご了承くださいますようお願いいたします。

また、ご来院の際はマスクをご着用の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 12 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

ホームページ : <https://okayama.hosp.go.jp/>

新型コロナウイルス感染症に関する問診票

(2020.12)

紹介医療機関名 () 患者氏名 ()

● ご紹介いただく患者さんの現在の体温を測定しご記入ください 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方または疑いのある方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) があつたもの。またはお互いにマスクをせずに 1メートル以内かつ 15分以上の接触があつたもの。
- 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. 普段接触する方のなかに 1、2、3、4のいずれかに該当する方がいますか はい いいえ

6. 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. 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方と濃厚接触はありますか はい いいえ

9. 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

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たします。

◎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
歩行時の息苦しさ	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> 生活圏外への 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
歩行時の息苦しさ	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> 生活圏外への 移動 3つの密(密閉・ 密集・密接)に 該当する場所、 期間を記載							

※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。