

## 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ください、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)の FAX 送信及び 入院又は内視鏡検査目的にご紹介いただく患者さんに限る『体調管理確認表』(別紙 2)の持参のお願い)をご確認ください)

※当院からの最新のお知らせについては、ホームページも併せてご確認ください。

令和 4 年 6 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)の FAX 送信及び 入院又は内視鏡検査目的にご紹介いただく患者さんに限る『体調管理確認表』(別紙 2)の持参のお願い

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全ての患者さんに『新型コロナウイルス感染症に関する問診票』(別紙 1)に基づき問診いただき、FAX 送信をお願いしているところです。

また、入院又は内視鏡検査目的にご紹介いただく患者さんに限り『体調管理確認表』(別紙 2)にて 10 日間の健康観察のお願いをしております。

(別紙 1 及び別紙 2 の新しい様式については当院ホームページよりダウンロード可能です。)

## 【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。また、入院又は内視鏡検査目的でご紹介いただいた患者さんには、体調管理等確認表(別紙 2)をお渡しいただき、10 日間の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。

予約待機中に、発熱や自覚症状がある場合、症状によっては、ご予約日などの変更が必要になることがありますので、下記ご連絡先に必ずご一報をお願いいたします。

令和 4 年 6 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

平日 (8 時 30 分~18 時 00 分)

土曜日(祝日を除く) (9 時 00 分~12 時 00 分)

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

(2022.6)

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)) がありますか 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 ( )  
発熱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 (慢性的な症状を除く) 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 息苦しさ 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 ( )  
症状があるのはいつからですか ( ) 月 ( ) 日

3. 10 日間以内に 1、2 のいずれかに該当する方との濃厚接触※はありますか  
はい (濃厚接触日: ) 月 ( ) 日 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 1メートル以内かつ 15分以上の接触があったもの。
- 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接触した可能性の高いもの。

4. 10 日間以内に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 (濃厚接触日: ) 月 ( ) 日 いいえ

5. 新型コロナウイルス感染症に関して、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

6. 10 日間以内に 5 に該当する方との濃厚接触はありますか  
はい (濃厚接触日: ) 月 ( ) 日 いいえ

7. 10 日間以内に海外・緊急事態宣言/まん延防止等重点措置地域への移動はありますか  
はい (いつ: ) 月 ( ) 日、どこへ: )  
はい (いつ: ) 月 ( ) 日、どこへ行った方: )、どのくらいの時間: )  
はい (いつ: ) 月 ( ) 日、どのような: )

8. 10 日間以内に 7 に該当する方との濃厚接触(お互いマスクなしで 15 分以上会話、会食など含む) はありますか  
はい (濃厚接触日: ) 月 ( ) 日、どこへ行った方: )、どのくらいの時間: )

9. 10 日間以内に適切な感染症対策が行われていない多人数の集まる集会やイベントに参加しましたか  
はい (いつ: ) 月 ( ) 日、どのような: )

10. 新型コロナウイルス感染症のワクチン接種について  
接種済み (最終接種: ) 回目、 ) 月 ( ) 日 未接種

お名前( )

受診日( 月 日 )

< 体調管理等確認表 >

◎ 受診日よりさかのぼって10日間分の健康観察をお願いいたします。また、下記の注意事項をご確認ください。

症状 \ 日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
体温	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状 (該当するものに○)	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ
新型コロナウイルス感染症に 頻度の高い症状 (該当するものに○)	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢
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
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
その他症状					
外出先 → 海外、緊急事態宣言/ まん延防止等重点措置 地域への移動があった 場合のみ記載。	移動先 ( )	移動先 ( )	移動先 ( )	移動先 ( )	移動先 ( )

症状 \ 日付	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日 【受診日】
体温	℃	℃	℃	℃	℃
呼吸器症状 (該当するものに○)	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ	せき・痰・鼻水 のどの痛み 息苦しさ
新型コロナウイルス感染症に 頻度の高い症状 (該当するものに○)	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢	倦怠感・頭痛 腹痛・下痢
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
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
その他症状					
外出先 → 海外、緊急事態宣言/ まん延防止等重点措置 地域への移動があった 場合のみ記載。	移動先 ( )	移動先 ( )	移動先 ( )	移動先 ( )	移動先 ( )

※ 発熱、上記自覚症状のある方、海外および緊急事態宣言/まん延防止等重点措置地域へ移動のある方、適切な感染対策が行われていない集会等に参加された方は、当日のご案内に変更がある可能性があるため、必ずご一報をお願いいたします。

※ 本用紙は受診日にご持参ください。ご協力ありがとうございました。