

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11月

国立病院機構岡山医療センター

患者支援センター 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

(令和 4 年 9 月 16 日改訂)

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. 発熱がありますか? はい いいえ

「はい」の場合、発熱があるのはいつからですか? 月 日 から

解熱剤は飲まれましたか? はい いいえ

「はい」の場合、いつ飲まれましたか? 月 日 時頃 薬の名前 ()

2. 以下の症状で該当するものがあれば○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 においを感じない

鼻がつまっている 食べ物の味がしない その他 ()

症状がある場合、いつからですか? ()

3. 10 日以内に職場の方や家族など周囲の方で、以下の症状がある方がいれば○をつけてください。

発熱 咳 痰 のどの痛み 息が苦しい 頭痛 倦怠感 筋肉痛 下痢

においを感じない 鼻がつまっている 食べ物の味がしない その他 ()

症状がある方は、どなたですか? ()

4. 10 日以内に新型コロナウイルス感染症と診断された方、またはその疑いがある方との接触がありますか?

はい いいえ

「はい」の場合、いつ、どのような接触がありましたか? いつ ()

どのような ()

5. 10 日以内に海外渡航や緊急事態宣言/まん延防止重点措置地域への移動をされましたか?

はい いいえ

「はい」の場合、いつ、どこに移動されましたか? いつ (月 日 ~ 月 日まで)

どこに ()

6. 10 日以内海外渡航歴・緊急事態宣言/まん延防止重点措置地域への移動歴がある方と濃厚接触（お互いマスクなしで 15 分以上の会話など）はありますか?

はい いいえ

「はい」の場合、いつ、どこの方と接触しましたか? いつ ()

どこの方 ()

7. 10 日以内にお互いの健康状態が把握できない方と飲食をされましたか?

はい いいえ

「はい」の場合、誰とどれくらいの時間ですか? 誰と ()

どれくらいの時間 ()

8. 10 日以内に国などが定める適切な感染対策を実施せずに多人数が集まる集会やイベントに参加されましたか?

「はい」の場合、何に参加されましたか? ()

9. COVID-19 ワクチンを接種していますか? はい いいえ

「はい」の場合、何回接種していますか? () 回

「はい」の場合、最後に接種したのは何月ですか? () 月

10. 3 か月以内に新型コロナウイルス感染症に罹患したことがありますか? はい 月

いいえ

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。