

外来受診及び入院される患者さんへ（お願い）（2021.6.22版）

最近、感染性胃腸炎（ノロウイルス等による）、インフルエンザ、はしか、新型コロナウイルスなどの院内感染や海外からの耐性菌の持ち込みが問題となっています。これらを防止するために、水際での対策が求められています。当院では下記の事項について受付時に調査させていただいておりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

お名前

体温

次の質問について「はい」または「いいえ」の何れかにチェック✓願います。

A. 感染性胃腸炎について		はい	いいえ
1	この1週間以内及び現在、下痢または嘔吐の症状がある(あった)		
2	この1週間以内、同居のご家族や職場(お子さんの場合は、家族・近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、下痢または嘔吐した人がいる(いた)		
B. 発熱について		はい	いいえ
3	14日前から現在まで37.0度以上の発熱がある(あった)		
C. 呼吸器感染症について		はい	いいえ
4	せきが出る	14日前から現在までの症状	
5	のどが痛い あるいは 鼻水がでる		
6	体のふしぶしが痛い		
7	味やにおいがわかりにくい		
8	体がだるい		
9	1週間以内に、インフルエンザと診断されて治療を受けていた(内服、吸入、注射)		
10	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、インフルエンザ(含疑い)にかかっている人がいる、または1週間以内にかかっていた人がいた		
D. はしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜについて			はい
11	からだに発疹が出ている	昨日から現在までの症状	
12	耳の下からあごのラインの腫れがある		
13	あごの下の腫れがある		
14	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ(含疑い)にかかっている、または1週間以内にかかっていた人がいた		
E. 海外からの耐性菌の持ち込みについて		はい	いいえ
15	2000年以降、海外の医療機関に入院して治療を受けたことがある		
F. コロナウイルスなどについて		はい	いいえ
16	過去14日以内にクラスタ化した医療機関・施設、職場、学校、保育所等に通っていた		
17	16で「はい」とお答えになった場合、施設等の名称を記入ください		
18	新型コロナウイルス感染患者と接触した可能性がある場合は、その時期を記入ください	月	日
19	現在、本人もしくは同居人がPCR検査を受けている		
20	19で「はい」とお答えになった場合、誰かを記入ください		
21	19で「はい」とお答えになった場合、その時期を記入ください	月	日
22	自宅隔離を要請されている同居人がいる場合、誰かを記入ください		
23	22の方は、いつから自宅隔離を要請されているか	月	日
24	最近14日以内に、海外渡航歴がある		
25	24で「はい」とお答えになった場合、国名を記入ください		
26	24で「はい」とお答えになった場合、帰国日を記入ください	月	日
27	過去に新型コロナウイルス感染症と診断された場合には、その時期を記入ください	月	日
G. その他		はい	いいえ
28	過去14日以内に10名以上が集まる集会やイベントに参加したか		
29	同居する人に、14日前から現在まで、せき、のどが痛い、鼻水、体のふしぶしが痛い、味やにおいがわかりにくい、体がだるい等の症状がある		
30	最近14日以内に、同居する人に海外渡航歴がある		

担当医
確認サイン