

新型コロナウイルスチェックシート(紹介元職員記入用)

※当院へ患者さんをご紹介いただく際には、医師もしくは看護師に記入をお願いいたします。

貴院名: 担当者: 日付: 患者氏名:

【身体症状】

2週間以内(現在も含む)に、患者さん本人もしくは身近な人(同居家族やパートナーなどよく接する人)に、以下の症状がありましたか？

患者本人			身近な人			症 状
なし	あり	不明	なし	あり	不明	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	37.5℃以上の発熱
☐	☐	☐	☐	☐	☐	強いだるさ
☐	☐	☐	☐	☐	☐	息苦しさ
☐	☐	☐	☐	☐	☐	風邪症状(咳、鼻汁、咽頭痛など)
☐	☐	☐	☐	☐	☐	味、もしくは、匂いを感じにくくなった

【行動歴】

2週間以内に、患者さん本人もしくは身近な人(同居家族やパートナーなどよく接する人)に、以下の行動がありましたか？

本人			身近な人			状 況
なし	あり	不明	なし	あり	不明	
☐	☐	☐	☐	☐	☐	A. 新型コロナウイルス感染症の人に接した 接した日:(月 日)
☐	☐	☐	☐	☐	☐	B. 海外から帰ってきた 帰 国 日:(月 日)
☐	☐	☐	☐	☐	☐	C. 貴院以外の医療・介護施設に行った(面会、付添などすべての出入りを含む) ※「あり」の場合は施設名と最終訪問日、入院・入所の場合は滞在期間を記入 入院・入所日 最終訪問日 ・施設名() ・日付 / ~ / ・施設名() ・日付 / ~ / ・施設名() ・日付 / ~ /
☐	☐	☐	☐	☐	☐	D. 茨城県外に行った、もしくは茨城県外に住んでいる ※「あり」の場合は以下を記入 ・都道府県名:() ・公共交通機関の利用 ☐ あり ☐ なし ・接待を伴う飲食・家族以外との会食・カラオケなど、3密の環境 ☐ あり ☐ なし

確認者:筑波大学附属病院 連携室 日付:

※外来紹介予約時の評価 Grade