

# 新型コロナウイルスチェックシート（紹介元職員様ご記入用）

※お手数ですが、患者さんのご紹介に際し、医師または看護師の方が当シートにご記入のうえ、紹介状と共にFAX送信（029-853-3712）くださいますようお願い申し上げます。

貴院名： \_\_\_\_\_ 患者氏名： \_\_\_\_\_

記入者名：（医師・看護師） \_\_\_\_\_ 記入日：R / /

	本人		家族・同居者	
	いいえ	はい	いいえ	はい
1) <b>4週間以内</b> に、新型コロナウイルス感染症に罹患しましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4
2) <b>2週間以内</b> に、新型コロナウイルス感染者との接触がありましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4		
3) <b>2週間以内</b> （現在も含む）に、患者さん本人もしくは家族・同居者などに、以下の症状が <b>新た</b> に出現しましたか？	いいえ	はい	いいえ	はい
37.5℃以上の発熱	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
息苦しさ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
味、もしくは匂いを感じにくくなった	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
風邪症状（のどの痛み、咳 など）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4) <b>2週間以内</b> に、患者さん本人に、以下の行動がありましたか？	いいえ	はい		
海外から帰ってきた 帰国日（ 月 日）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2		
3密（密閉・密集・密接）の環境にいた	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2		
クラスター（集団感染）発生場所に滞在した	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2		
5) 12歳以上の方は、新型コロナウイルスワクチンの2回の接種が <b>2週間以上前</b> に終わりましたか？ 接種時期（ 年 月頃）	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0		
	12歳未満	<input type="checkbox"/> 0		

\*\*\*\*\* 以下は当院職員が記入します \*\*\*\*\*

## 【外来紹介予約時の評価】

（JOINの前日の情報で確認）茨城県で1日20人以上の新規感染者ならば 1点追加

Grading: 0点: 0 (ERでは1); 1点: 1; 2-3点: 2a; 4点以上: 2b

評価する医師は、原疾患の影響を加味したうえで判断

小計	点
合計	点
Grade	

筑波大学附属病院連携室確認者：

日付：R / /