

新型コロナウイルスチェックシート

※お手数ですが、医師または看護師の方が当シートにご記入のうえ、
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) 2週間以内 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) 1週間以内 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) 2週間以内 （現在も含む）に、患者さん本人もしくは家族・同居者（小児含む）などに、以下の症状が 新たに 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"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
感冒症状 （咳、咽頭痛、呼吸困難など）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
その他の臨床症状 （頭痛、嘔吐、下痢、味覚・嗅覚異常など）	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1
4) 2週間以内 に、感染リスクが高い場所（3密・クラスター発生場所など）に行きましたか？	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2
5) 2週間以上前までに2回以上のワクチン接種はお済みですか？ （12歳以上） 最終接種時期（ 年 月頃）	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0		
	12歳未満 <input type="checkbox"/> 0			
6) 当該患者さんの貴院における 直近のPCR検査実施日と検査結果 をご教示ください。	月 日 陽性・陰性		<input type="checkbox"/> 未実施	
1) ~ 4) で「はい」にチェックがある場合、以下に具体的にお書きください。				

***** 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200人以上の新規感染者ならば 1点追加

（転院等の場合）医療機関で3日以内にPCR陰性が確認されている場合 1点減点

* 但し、同居、同室患者で5日以内に陽性が認められた場合には減点しない

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
1点追加	点
1点減点	マイナス 点
合計	点
Grade	

筑波大学附属病院連携室確認者：

日付： R / /