

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 / / _____

*転院や施設入所の方の外来受診の場合、同室者の方に症状がある場合、 右の「家族・同居者」の該当項目にチェックしてください	本人 You	家族・同居者 Your family /housemates
	いいえ はい No Yes	いいえ はい No Yes
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？ Have you been infected with COVID-19 within the past two weeks?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 4
2) 1週間以内 （現在も含む）に、患者さん本人もしくは家族・同居者などに、以下の症状が 新た に出現しましたか？ Within the past week (including the present), have you, a family member or a housemate had any of the following symptoms?		
37.5℃以上の発熱 Fever of 37.5℃ or higher	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
感冒症状 （鼻水、咳、咽頭痛、呼吸困難など） Symptoms of a cold (ex. Running nose, cough, sore throat, choking feeling)	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
3) 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 Please tell us the date and result of the latest PCR test performed at your hospital.	月 日 陽性・陰性	<input type="checkbox"/> 未実施
1) - 2) 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。 If you replied "yes" to any from questions, please specify:		

***** 以下は当院職員が記入します *****

小計	点
（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	マイナス 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	
合計	点

Grade（目安）：0-1点：1；2-3点：2a；4点以上：2b

確認者： _____ 日付： _____

合計点 **2点** 以上の場合で検査や治療を要する場合

入院：鼻咽喉頭緊急PCR検査を施行 → 主治医・担当医へ依頼

外来：抗原検査を施行 → 陰性であれば罹患歴に関わらず、当日の検査・治療は標準予防策で可（主治医・担当医へ連絡は不要）

外来での検査や治療のために抗原検査が必要な場合

- ・チェックシートを確認した受付担当者（クランク等）は、チェックシートが2点以上の場合、検査・治療担当者に報告してください
- ・検査・治療担当者は防災・感染症管理棟（トリアージ棟）に電話（PHS _____）し、抗原検査が発生したことを伝え、患者さんのIDと氏名、患者さんがいる場所を伝えてください
- ・検査・治療担当者は、患者さんに検査担当者が来るのでその場で待つようにお伝えください
- ・抗原検査のオーダー発行、ラベル印刷、検査は防災・感染症管理棟（トリアージ棟）のスタッフが行います
- ・検査が陽性の場合、トリアージ棟のスタッフが患者さんをトリアージ棟へ誘導し、主治医に連絡します
- ・主治医は必要に応じて感染症科オンコール医師(_____)に相談してください

筑波大学附属病院連携室確認者： _____

日付： R / / _____