

# 筑波大学附属病院 感染症チェックシート

※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：

---

ふりがな

患者氏名

Patient's Name

記入者名

(医師・看護師)

記入日：202 / /

1) <u>1週間以内</u> で、以下に該当がありますか？	いいえ	はい
①患者さん本人のCOVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②患者さん本人の発熱(37.5℃以上)もしくは感冒症状(鼻水、咳、咽頭痛)の新たな出現	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③家族・同居者・同室者(転院の場合)でCOVID-19、もしくは発熱+感冒症状がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 以下、呼吸器感染症以外 わかる範囲でご記入ください。

2) 現在も患者さん本人に、以下の症状が <u>新たに</u> 出現しましたか？もしくは検出歴・入院歴がありますか？	いいえ	はい
感染性を否定できない嘔吐、下痢症状がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染性を否定できない発疹、水疱がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
感染性を否定できない眼球充血、眼脂がある。もしくは家族で流行性角結膜炎がいる。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
過去90日以内に海外の医療施設で入院歴がある。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
以下の病原体の検出歴がある。(カルテ参照し読み取れる範囲で問題なし。)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDRP(多剤耐性緑膿菌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MDRA(多剤耐性アシネトバクター)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VRE(バンコマイシン耐性腸球菌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他(長期に渡り隔離対応を必要とした病原菌)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

筑波大学附属病院 医療連携患者相談センター