

# 入院される患者さんへお願い

岐阜大学医学部附属病院

入院される患者さんが安全・安心して治療・手術・検査を受けるため、新型コロナウイルスに感染しないよう、入院前2週間は以下の項目を遵守して体調管理していただくようお願いいたします。「基本的に外出しない、手洗いを遵守する、密にあたる行動をさける」ことが重要です。

お願いしたいこと （お読みいただき、各項目に  のチェックしてください）

- 外出を控え、ご自宅で過ごし、なるべく人と会わないようにしてお過ごし下さい。  
特に密接に人が多数集まる場所、狭い場所で長時間歓談するような場所（接待を伴う夜の会合、飲食店、音楽会館、イベント会場、娯楽施設、カラオケ、パチンコなどの遊戯施設、公衆浴場など）へは出かけないでください。県外への外出も控えてください。
- 外出する場合は、必ずマスクを正しく着用ください。
- 手洗い（石鹸と流水、アルコール消毒など）をこまめに行い、手指を清潔に保つよう注意ください。特に外出からの帰宅時や調理の前後、食事前などには必ず手洗いをしてください。
- ご家族の方も上記の3項目を心がけてください。多くの方と接する職業や県外への出張・移動を伴う職業のご家族がいる場合は、自宅内でもマスク着用や2メートルの距離を保つよう心がけて下さい。
- 入院前の14日間は毎日体温測定と症状を観察いただくとともに、外出歴や同居者の体調不良の有無について【入院前 健康管理シート】に記載してください。
- 14日以内に海外渡航者・新型コロナウイルス感染者との接触したことがわかった場合には、診療科医師に電話でご連絡ください。
- 入院当日には、自宅で【問診票】をご記入ください。また、のどの痛み、味覚障害・嗅覚障害、頭痛、だるさ、咳、下痢などの症状がある場合は、事前に診療科医師か入院センターに電話でご相談ください。
- 体調が問題ない場合も、入院当日には、【入院前 健康管理シート】と【問診票】を持参し来院ください。問題がないことを看護師・医師が確認させていただいた上で入院・治療となります。

## 【入院前 健康管理シート】

この用紙は入院当日にお持ち下さい。病棟看護師が確認します。

お名前： \_\_\_\_\_

	記載例	14日前	13日前	12日前	11日前	10日前	9日前	8日前
	6 / 5	/	/	/	/	/	/	/
体温	朝	35.9	.	.	.	.	.	.
	夕	36.5	.	.	.	.	.	.
せき	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
のどの痛み	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
頭痛	<input checked="" type="radio"/> 有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体のだるさ	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻汁	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
においがしない	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
味がおかしい	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
同居者の体調不良	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
出かけた場所 例：近所買い物 県外への出張	スーパー 名古屋駅							

	7日前	6日前	5日前	4日前	3日前	2日前	1日前	当日朝
	/	/	/	/	/	/	/	/
体温	朝	.	.	.	.	.	.	.
	夕	.	.	.	.	.	.	.
せき	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
のどの痛み	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
頭痛	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
体のだるさ	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
鼻汁	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
においがしない	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
味がおかしい	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
下痢	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
同居者の体調不良	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無	有・無
出かけた場所								

ご自宅で測定して下さい

# 新型コロナウイルス感染拡大防止のための問診票（様式A）

☆お願い 本院へ来院される方は、事前にご記入のうえ病院受付までお持ちください。

お名前	患者氏名	体温	℃
	ID		
携帯電話番号	来院日時	年 月 日	午前・午後 時 分
来院者	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者さん家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
行先	<input type="checkbox"/> 入院（病棟 東 ・ 西 階・高次救命センター・ICU・新生児集中治療部）		
目的 (患者さま以外)	<input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 面会 <input type="checkbox"/> 説明 <input type="checkbox"/> 手術日 <input type="checkbox"/> 急変 <input type="checkbox"/> 入退院 送迎 <input type="checkbox"/> 入院 荷物受け渡し <input type="checkbox"/> その他（ ）		

該当する項目があればチェック（）し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> 1) 過去14日以内に、3密（密閉・密集・密接）または疑わしい場所を訪れた。 訪問日 年 月 日・訪れた場所（ ）	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2) 過去14日以内に、コロナウイルス陽性になった人と接触した。 接触日 年 月 日・接触した場所（ ）・ 接触者との関係（家族・職場・知人・その他 ）	
<input type="checkbox"/> 3) 過去14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。	
<input type="checkbox"/> 4) 同居人または職場（同部署）に、自宅隔離を要請されている人がいる。	
<input type="checkbox"/> 5) 過去14日以内に国内流行地域への訪問歴や海外渡航歴がある。 都道府県・国名（ ） 帰宅・帰国日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 6) 同居人または職場（同部署）に過去14日以内に国内流行地域への訪問歴や海外渡航歴がある人がいる。 都道府県・国名（ ） 帰宅・帰国日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 7) 同居人または職場（同部署）などが、過去14日以内に国内流行地域への訪問歴や海外渡航歴がある人と接触した。 接触した場所（ ）・状況（ ）	
8) 過去14日間から本日までの、ご自身の症状が該当する場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 味がわからない    上記の症状が発生した日： 月 日	
9) 過去14日間から本日までの、同居または職場（同部署）の人が該当する場合はチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。	←左記項目に該当無 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 発熱（37.5℃以上） <input type="checkbox"/> においがわかりにくい <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> だるい <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 味がわからない    上記の症状が発生した日： 月 日	
医師へ相談したいこと	
※自家用車で待機を指示された場合ご記入をお願いします。	
車種(色) :	ナンバー :
確認欄	