

## 転院時新型コロナウイルス感染症チェックリスト

平素より大変お世話になっております。

当院では、入院時の感染症対策として転院予定患者様の症状確認等を行っております。

お手数おかけいたしますが、下記へご記入いただき、ご返送いただきますようお願いいたします。

ご理解、ご協力の程お願い申し上げます。

( 様 / 医科歯科 ID / 科 )

聴取日 年 月 日 ※なるべく転院日直前に聴取をお願いいたします。

0. 聴取した方はどなたですか。

【 医師(名前 ) ・ 看護師(名前 ) ・ その他( ) 】

1. どなたから聴取しましたか。

【 患者本人 ・ ご家族(関係 ) ・ その他( ) 】

2. 患者本人が濃厚接触者となっている。 【 はい ・ いいえ 】

3. 下記に一つでも当てはまるものはありますか。 【 はい ・ いいえ 】

※評価ができない場合は、「はい」に○をしてください。

患者本人が7日以内に同居ではない人とマスクなしで合計15分以上の会話をした

患者本人が7日以内に同居ではない人とマスクなしで食事をした

患者本人の同居や同僚(同級生)などに7日以内に風邪症状の人がいた

4. 下記の症状が一つでも当てはまりますか。 【 はい ・ いいえ 】

※評価ができない場合は、「はい」に○をしてください。

発熱(37.5度以上)

咽頭痛がある

鼻汁が出る

咳が出る

味や匂いの感じ方が以前と異なる

5. 4で“はい”の場合、明確な代替診断がある。 【 はい ・ いいえ 】

**転院予定日の3営業日前までにご返信をお願いいたします。**

**返信後に状況が変わった場合には、必ずお電話でご連絡ください。**

東京医科歯科大学病院

医療連携支援センター 入院支援室 担当 \_\_\_\_\_

電話:03-5803-4506(直通) FAX:03-5803-0254(直通)