

# 北海道医療センター小児科紹介患者用スクリーニングシート（2020.6.1-運用）

当院小児科医にお電話ののち記載し、付き添い者用スクリーニングフォームとともに地域医療連携室にFAXください。

FAX 011-611-8112

## A. COVID-19罹患診断アセスメント（当院受診前スクリーニング）（記載必須）

最近1週間に以下の症状はありましたか？		チェック欄	点数
	乾いた咳		3
	黄色い痰を伴う咳		-3
	37.5度以上の発熱（最高 度、本日 度）		4
	匂い・味覚の異常		4
	のどの痛み		1
	からだの痛み		2
	全身のだるさ		3
	足指の皮膚の発赤		4
	安静時の息苦しさ		2
①小計			
最近2週間で以下のことはありましたか？		チェック欄	点数
	新型コロナウイルス感染症と診断された人との直接あるいは間接的な接触		6
	同じ職場や学校・幼稚園・保育園などで発熱や呼吸器症状、味覚異常が出現した人		3
	いわゆる3密の空間での外食、会食、集会への出席		4
	他の緊急事態宣言地域との往来		4
②小計			

①+②が7点以上なら事前にCOVID-19除外診断のための検査を必要とする。

## B. 外来あるいは入院時検査での評価（必須ではありません。わかる範囲でご記入ください）

		点数	評価結果
1	LDH 230以上	6	
2	CRP 1以上10未満	6	
3	リンパ球 1000未満	6	
4	Xpですりガラス影	4	
5	マイコプラズマ抗原陽性	-10	
6	インフルエンザ陽性	-10	
7	RSV/hMPV陽性	-10	
8	アデノ/溶連菌陽性	-10	
9	ロタ/ノロ陽性	-10	
10	他の感染症（UTI、蜂窩織炎、誤嚥性肺炎など）	-10	
③小計			

①+②+③罹患可能性  
 4点以下：10%以下  
 5-9：10~30%  
 10-15：30~75%  
 16以上：75%以上

## C. 患者様基本情報

貴施設名			
患者様のお名前		生年月日	
ID（当院IDをお持ちの方）		体温	
付添人	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	体重	
記入日		身長	
北海道医療センター確認欄	確認日	年 月 日	確認者