

北海道医療センタースクリーニングフォーム（ページ1）

空欄に必要事項を記載し、該当項目に☑してください。 2020.6.19 国立病院機構北海道医療センター

名前		性別	男・女	記入日	年 月 日
生年月日	年 月 日	当院ID	有 () 無 (初診)		
職業	携帯電話番号		- -		
居住環境	<input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入院中				
当日来院	<input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
来院目的	<input type="checkbox"/> 外来受診 () 科 <input type="checkbox"/> 検査のみ () 科 <input type="checkbox"/> 入院 () 科 <input type="checkbox"/> 検診 () 検診 <input type="checkbox"/> 救急外来受診 (救急搬送を含む) () 科かかりつけ				
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> 施設車両 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 救急車				

既往歴・合併症 今通院している病気 過去に通院した病気 手術した病気	<input type="checkbox"/> 間質性肺炎 (歳～) <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 (肺気腫) (歳～) <input type="checkbox"/> 気管支喘息 (歳～) <input type="checkbox"/> 心不全・弁膜症 (歳～ 病名：) <input type="checkbox"/> 不整脈 (歳～ 病名：) <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 (歳～) <input type="checkbox"/> (慢性) 副鼻腔炎 (歳～) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (歳～) <input type="checkbox"/> 高血圧 (歳～) <input type="checkbox"/> 脂質異常症 (歳～) (その他：自由記載)
喫煙歴 (タバコ)	<input type="checkbox"/> 現在も吸っている (本× 年) <input type="checkbox"/> 辞めた (本 : 歳～ 歳) <input type="checkbox"/> 吸ったこともない
アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 花粉 () <input type="checkbox"/> 食べ物 () <input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> 金属 ()
使用している薬	<input type="checkbox"/> 感冒薬 (風邪薬) (名前： <input type="checkbox"/> 解熱鎮痛剤・痛み止め (名前： (その他：自由記載)

北海道医療センター確認欄	確認日 年 月 日	確認者
--------------	--------------	-----

北海道医療センタースクリーニングフォーム（ページ2）

空欄に必要事項を記載し、該当項目に☑してください。 2020.6.19 国立病院機構北海道医療センター

名前	当院ID	記入日	年 月 日
----	------	-----	-------

質問1（接触歴） 1) -5) いずれも該当なし

<input type="checkbox"/>	1) 過去14日以内に、 <u>患者本人</u> が「新型コロナウイルス感染症濃厚接触者」と保健所から指定された。
<input type="checkbox"/>	2) 過去14日以内に、 <u>(患者本人の) 同居家族/同居知人</u> が「新型コロナウイルス感染症濃厚接触者」と保健所から指定された。
<input type="checkbox"/>	3) 過去14日以内に、 <u>(患者本人と) 席の近い/長時間仕事を共にする職場同僚</u> が「新型コロナウイルス感染症の濃厚接触者」と保健所から指定された。
<input type="checkbox"/>	4) 過去14日以内に、 <u>患者本人</u> が新型コロナウイルス感染症陽性の人と接触した。 接触者との関係： () 最後に接触した日 : 月 日 接触時間 (およそ) : () 患者本人もしくは対象者いずれかがマスクを外し接触した時間 (およそ) : () 接触した場所・環境： ()
<input type="checkbox"/>	5) 過去14日以内に、 <u>(患者本人の) 同居家族/同居知人、(患者本人と) 席の近い/長時間仕事を共にする職場同僚</u> が新型コロナウイルス感染症陽性の人と接触した。 接触者との関係： () 最後に接触した日 : 月 日 接触時間 (およそ) : () 患者本人もしくは対象者いずれかがマスクを外し接触した時間 (およそ) : () 接触した場所・環境： ()

質問2（渡航歴・流行地への滞在歴） 1) 2) いずれも該当なし

<input type="checkbox"/>	1) 過去14日以内に、 <u>患者本人</u> に海外渡航歴もしくは国内流行地（緊急事態宣言発令地域、患者発生数の増加傾向の都府県・道内市町村）への往来・滞在歴がある。 帰国日（帰道日）： 月 日 渡航先（滞在先）：
<input type="checkbox"/>	2) 過去14日以内に、 <u>(患者本人の) 同居家族/同居知人、もしくは(患者本人と) 席の近い/長時間仕事を共にする職場同僚</u> に海外渡航歴もしくは国内流行地（緊急事態宣言発令地域、患者発生数の増加傾向の都府県・道内市町村）への往来・滞在歴がある。 対象者の帰国日（帰道日）： 月 日 渡航先： 最後に接触した日 : 月 日 接触時間 (およそ) : () 患者本人もしくは対象者いずれかがマスクを外し接触した時間 (およそ) : () 接触した場所・環境： ()

質問3 (3密への出入り) 該当なし

<input type="checkbox"/>	過去14日以内に、 <u>(患者本人が) 3密（密閉・密集・密接）</u> に該当する空間で飲食を伴う集会・会合に出席した。もしくは <u>疑わしい空間</u> に滞在した。 訪問日： 月 日 訪問場所： () 訪問時間 (およそ) : () 患者本人もしくは同環境にいた人とマスクを外し接触した時間： ()
--------------------------	---

北海道医療センタースクリーニングフォーム（ページ3）

空欄に必要事項を記載し、該当項目に☑してください。 2020.6.19 国立病院機構北海道医療センター

名前		当院ID		記入日	年 月 日
----	--	------	--	-----	-------

質問4：臨床症状

※小児、診療科によっては別紙追加の可能性有

	14日前から本日（受診日）まで、患者本人の症状が該当する場合は☑する。	
発熱	<input type="checkbox"/>	発熱なし
	<input type="checkbox"/> (A)	原因がわかっていない37.5℃以上の発熱が急に出現し、1日1回以上出る。 (症状発生日) 月 日
	<input type="checkbox"/> (B)	期間中に急に出現した37.5℃以上の発熱が1日1回以上あった。 熱は下がったが、下がってから（解熱日を含め）4日以内である。 (症状発生日) 月 日 (解熱日) 月 日
	<input type="checkbox"/> (C)	期間中に急に出現した37.5℃以上の発熱が1日1回以上あったが、熱が下がってから（解熱日を含め）すでに5日以上たっている。 (症状発生日) 月 日 (解熱日) 月 日
	<input type="checkbox"/> (C)	上記に該当しない発熱。もしくは原因となり得る他の病気がある。 (病名:)
咳	<input type="checkbox"/>	咳なし
	<input type="checkbox"/> (A)	乾いた咳が急に出現し、持続もしくは次第に悪化している。
	<input type="checkbox"/> (C)	黄色の痰を伴う咳が出ている。
	<input type="checkbox"/> (C)	上記に該当しない咳。原因となり得る他の病気（気管支喘息等）がある。 (病名:)
呼吸苦 息切れ	<input type="checkbox"/>	呼吸苦・息切れなし
	<input type="checkbox"/> (B)	急に呼吸が苦しくなったり、息切れが強くなったりしている。
	<input type="checkbox"/> (C)	14日前以前から息切れ・呼吸苦はあるが、特に悪化していない。
嗅覚/ 味覚 異常	<input type="checkbox"/>	匂い・味覚ともに正常
	<input type="checkbox"/> (A)	急に匂い・味を感じなくなった
	<input type="checkbox"/> (C)	以前からある症状。原因となりえる他の病気（副鼻腔炎等）がある。
倦怠感	<input type="checkbox"/>	倦怠感（だるさ）なし
	<input type="checkbox"/> (B)	これまでに感じたことのない倦怠感（だるさ）ある。
筋肉痛	<input type="checkbox"/>	筋肉痛（節々の痛み）なし
	<input type="checkbox"/> (B)	筋肉痛（節々の痛み）がある。
咽頭痛	<input type="checkbox"/>	咽頭痛（喉の痛み）なし
	<input type="checkbox"/> (C)	咽頭痛（喉の痛み）がある
その他	<input type="checkbox"/>	症状なし
	<input type="checkbox"/> (C)	自由記載：