

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が新型コロナウイルス感染症陽性の人と接触した。</u> 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。</u> 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）に該当する空間で飲食を伴う集会・会合に出席した。もしくは疑わしい空間に滞在した。</u> 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：