

KKR 札幌医療センター 感染症スクリーニングシート (持参用)

患者氏名： _____ (ID： _____)

本日は： 定期受診 ・ 予約外受診 ・ 検査のみ _____

受診希望科： (_____ 科 初診・再診) ・ 紹介状 (あり・なし) _____

PCR検査の経験 (有・無) → 有の場合、(_____ 月 _____ 日)

本人の携帯電話番号： _____ ・ 自家用車で待機 (できる・できない) _____

来院時体温 (_____) °C ・ SpO2 (_____) % ※ 病院スタッフが記載します

*** 本日から過去2週間の本人・同居者の状況をお書きください**

本人が	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所から COVID19 感染症の濃厚接触者と指定された (有・無) ・COVID19 の PCR 検査、抗原検査を受けた (有・無) ・道外に移動した、もしくは、道外から来た方と接触した (有・無) ・新型コロナウイルス (疑いも含む) やインフルエンザの方と接触した (有・無) ・3密となる機会 (イベント、複数人での飲食など) があった (有・無) ・インフルエンザの診断を受けた (有・無)
同居者 (生活を共にする方)	<ul style="list-style-type: none"> ・保健所から COVID19 感染症の濃厚接触者と指定された (有・無) ・COVID19 の PCR 検査、抗原検査を受けた (有・無) ・道外に移動した、もしくは、道外から来た方と接触した (有・無) ・新型コロナウイルス (疑いも含む) やインフルエンザの方と接触した (有・無) ・3密となる機会 (イベント、複数人での飲食など) があった (有・無) ・インフルエンザの診断を受けた (有・無)

*** 本日から過去2週間の体温と (最も高い値) と、下記の症状があれば○をつけてください**

症状と経過	2週間から 5日前	月 日 (4日前)	月 日 (3日前)	月 日 (2日前)	月 日 (昨日)	月 日 (本日)
発熱	℃	℃	℃	℃	℃	℃
解熱剤等使用						
咳						
痰						
息苦しさ						
のどの痛み						
味覚異常						
だるさ						
関節痛・筋肉痛						
消化器症状						
その他の症状 (_____)						