

※太枠内をご記入ください。

《職員記入欄》

来院日：	来院時体温（ . °C）	
患者ID：	<input type="checkbox"/> ドクタートリージ（当シートの項目以外から、医師が当該疾患を疑った場合） <input type="checkbox"/> 発熱ならびに「はい」の項目はあるが、問題なし	
氏名：	<small>※次の場合はオーダー入力 “体温が37.5℃以上” or “項目3～7・10に該当あり” or “ドクタートリージを実施”</small>	確認医師

感染症トリージシート

※来院される際は太枠内をご記入の上、ご持参ください。

- ・当院では、来院される方の体調を確認するため、感染症トリージを行っています。
- ・来院前の”検温”と”感染症トリージシート”への記載をお願いします。
- ・内容を検討させていただいた結果、胸部レントゲン撮影その他の検査を実施する場合があります。また、感染症トリージにかかる費用については患者さまにご負担いただくよう国から指導されており、予めご了承願います。

※太枠内をご記入ください。

体温 . °C（平熱 . °C）	付添者（患者との関係） 配偶者・父母・子・その他（ ） 体温 . °C <small>※その他下記質問事項に該当する場合は、職員にお知らせください。</small>
1. 今日は、どのような目的で病院に来られましたか？ 1) 受診 2) 検査のみ（内視鏡・放射線検査・生理機能検査・入院前検査・その他[]） 3) 家族の付き添い 入院中の家族の病状説明 入院中の家族の手術待機 4) その他（ ）	
2. 本日の受診診療科または入院病棟に○をつけてください 1) 診療科 内科 消化器内科 循環器内科 アルギ [®] -科 呼吸器内科 リウマチ科 脳神経内科 腎臓内科 血液内科 外科 呼吸器外科 整形外科 形成外科 美容外科 脳神経外科 小児科 婦人科 産科 皮膚科 泌尿器科 眼科 耳鼻咽喉科 リハ [®] リハビリ科 放射線科 精神科 救急科 []科 2) 病棟 1南 2南 3南 4南 1北 2北 3北 4北 5北 3) その他（ ）	
～下記の質問事項に関して（はい・いいえ）でお答えください～	
3. ここ5日間、発熱はありましたか？	はい・いいえ
4. 現在、咳が出ていますか？ （普段から症状がある場合、症状は強くなっていますか？）	はい・いいえ
5. 息苦しさ・体のだるさがありますか？ （普段から症状がある場合、症状は強くなっていますか？）	はい・いいえ
6. 咽頭痛は、ありますか？ （普段から症状がある場合、症状は強くなっていますか？）	はい・いいえ
7. ここ10日以内に、新型コロナウイルスに感染したことがありますか？（ 年 月 日）	はい・いいえ

ご協力ありがとうございます。

（独）国立病院機構相模原病院

Ver.2023/5/8