

ID:

入館時チェックシート (ER・一般用)

来院日時： 年 月 日 AM : PM :	体温： °C	平熱： °C/不明						
お名前：	<input type="checkbox"/> 患者さん本人 続柄： <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ()							
来院目的： 1) 予定入院、日帰り手術 2) 予約外来 3) 救急外来 4) 検査 5) 付き添い 6) その他手続き関係（書類、支払い等） 7) 面会（呼出・手術待機・退院）								
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>入院患者さんの氏名： _____</td> <td>ご関係： _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">入院病棟：3A 3B 3C 4A 4B 4C 4D 5A 5B 5C 5D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ER ICU CCU HCU</td> </tr> </table>			入院患者さんの氏名： _____	ご関係： _____	入院病棟：3A 3B 3C 4A 4B 4C 4D 5A 5B 5C 5D		ER ICU CCU HCU	
入院患者さんの氏名： _____	ご関係： _____							
入院病棟：3A 3B 3C 4A 4B 4C 4D 5A 5B 5C 5D								
ER ICU CCU HCU								

過去14日以内に、下記症状が新しく生じた場合は□にチェック（✓）を入れて下さい。

□該当なし	□ 高い熱（37.5℃以上）や、4日以上続く微熱（平熱より1℃以上高い熱）	3
	□ 呼吸器症状がある（□せき □息苦しさ □のどの痛み）	3
	※ 医療者が記入します。□SpO2低下あり	
	□ 消化器症状がある。（□吐き気 □下痢）	1
	□ 味が分からなくなった □においが分からなくなった	3

該当する項目があれば□にチェック（✓）を入れて下さい。

□該当なし	□ 過去14日以内に、自身または同居者が、飲食店・カラオケなどマスクをしない状況で第三者と会話した	3
	□ 過去14日以内に、新型コロナウイルスの検査を受け、結果待ち、再検査と言われた	4
	□ 過去14日以内に、新型コロナウイルス感染者あるいは疑い者と接触した	4
	□ 新型コロナウイルスワクチンの予防接種が2回未満	2
	※ 医療者が記入します。□上記すべての情報がわからない。	4

<***** 以下、職員記入欄 *****>

判定：（疑似症外来・一般外来）

合計：		
記入確認者：	事務・Ns・他	事務・Ns・他

医師可否判断 ※ERからの緊急入院はサイン不要

記入日：	年 月 日
主治医判断：	検査・入院・手術 (可・否) (自筆・代筆)