

※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）		
氏名：	<input type="checkbox"/> 発熱ならびに「はい」の項目はあるが、問題なし	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。

※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	
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（ ）	※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。	
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 アルバ <sup>®</sup> -科 呼吸器内科 リマ <sup>®</sup> 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 リビ <sup>®</sup> リ-ソ <sup>®</sup> 科 放射線科 精神科 救急科 総合内科 [ ]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～		職員記入欄
3. ここ5日間、発熱はありましたか？	はい・いいえ	
4. 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.2024/8/1