

3-4. 夜間・休日・祝日(含年末年始)の対策

目次

I. 夜間・休日・祝日の救急外来受診	3
1. 対象となる感染症.....	3
2. 初診患者の感染症スクリーニング.....	3
3. 再診患者の感染症スクリーニング.....	4
4. 他診療科へのコンサルテーション.....	5
5. 救急室(2)の運用	5
II. 夜間・休日・祝日の入院患者	7
1. 対象となる感染症.....	7
2. 入院患者の感染症スクリーニング.....	7
【資料1：外来患者，入院患者に配布する調査用紙（日本語）と運用方法】	8
【資料2：外来患者，入院患者に配布する調査用紙（英訳）】	16
【資料3：外来患者，入院患者に配布する調査用紙（中国語訳）】	17
【資料4：感染症早期発見のためのポスター】	18

I. 夜間・休日・祝日の救急外来受診

1. 対象となる感染症

	感染症名	伝播経路
1	結核	空気感染
2	麻疹	空気感染
3	水痘	空気感染
4	風疹	飛沫感染
5	ムンプス	飛沫感染
6	インフルエンザ	飛沫感染、接触感染
7	ウイルス性胃腸炎	接触感染
8	新型コロナウイルス感染症(COVID-19)	飛沫感染、接触感染、空気感染

2. 初診患者の感染症スクリーニング

1) 対象患者とスクリーニング方法

- ① 対象は初診患者（但し救急搬送を除く）。初診患者は基本的に本学職員あるいは学生である。
- ② 事務当直室受付窓口に「外来患者、入院患者に配布する調査用紙」（資料1～3）を置き、初診患者に記入を依頼する。
- ③ 患者が記載した調査用紙は、事務当直室受付窓口職員が確認する。P.9に記載した基準により、上記感染症疑い患者を発見した場合には、2)以下に従う。

2) 診察場所

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の診察場所は、救急室(2)、自診療科の病棟の個室や処置室などを用いる（その選択は担当医の指示に従う）。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の診察場所は、救急室(2)あるいは外来トリアージ室1、2、3とする。
- ③ 患者にはサージカルマスク着用を依頼する。

3) 診察者

- ① 救急科担当医師(内線 5736)とする。
- ② 診察の順番などについても担当医が判断するが、感染症疑い患者はできる限り優先的に診察する。
- ③ 患者を診察した担当医が対象感染症の可能性を疑った場合、「4. 他診療科へのコンサルテーション」に基づいて担当診療科に依頼するか否かは担当医の判断に委ねる。

4) 診察後の患者待機場所

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の診察後の待機場所は、救急室(2)、自診療科の病棟の個室や処置室などとする。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の診察後の待機場所は、救急室(2)あるいは

外来トリアージ室1、2、3とする。

5) 入院となった場合

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の入院は、病棟の個室とする。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の入院は、病棟の個室として、陰圧管理を行う。感染制御部を通して、保健所に対応を相談する。

3. 再診患者の感染症スクリーニング

1) 対象患者とスクリーニング方法

- ① 対象者は再診患者。
- ② 再診患者の場合、各診療科の医師・歯科医師が患者から電話で診察依頼を受けたときには、「外来患者、入院患者に配布する調査用紙」（資料1～3）その判定基準を元に、新型コロナウイルス感染症の可能性を判断する。新型コロナウイルス感染症の可能性がある場合には、その旨を事務当直に伝える。患者が来院したら、事務当直はその旨を担当医に連絡する。新型コロナウイルス感染症の疑いがある場合には、下記2)～3)に従う。
- ③ ②に加えて、再診患者の場合、事務当直はサージカルマスクを着用すると同時に、全ての再診患者に下記5項目の有無を尋ね、1項目でも該当する場合には、「外来患者、入院患者に配布する調査用紙」（資料1～3）に記入を依頼する。患者が記載した調査用紙は、各診療科の医師・歯科医師が確認する。新型コロナウイルス感染症の疑いがある場合には、下記2)～3)に従う。

※事務当直が口頭で確認する5項目

1	37.0度以上の発熱と風邪症状
2	関節痛や身体のだるさ
3	味や匂いを感じない
4	1ヶ月以内に海外渡航歴がある
5	新型コロナウイルスの患者または疑いがある患者と接触歴がある

2) 診察場所

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の診察場所は、救急室(2)、自診療科の病棟の個室や処置室などを用いる（その選択は担当医の指示に従う）。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の診察場所は、救急室(2)あるいは外来トリアージ室1、2、3とする。
- ③ 患者にはサージカルマスク着用を依頼し、診察場所に案内する。

3) 診察者

- ① 再診診療科の担当医師・歯科医師とする。
- ② 診察の順番などについても担当医が判断するが、感染症疑い患者はできる限り優先的に診察する。

- ③ 患者を診察した担当医が対象感染症の可能性を疑った場合、「4. 他診療科へのコンサルテーション」に基づいて担当診療科に依頼するか否かは担当医の判断に委ねる。

4) 診察後の患者待機場所

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の診察後の待機場所は、救急室(2)、自診療科の病棟の個室や処置室などとする。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の診察後の待機場所は、救急室(2)あるいは外来トリアージ室1、2、3とする。

5) 入院となった場合

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の入院は、病棟の個室とする。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の入院は、病棟の個室として、陰圧管理を行う。感染制御部を通して、保健所に対応を相談する。

4. 他診療科へのコンサルテーション

- ① 患者を診察した担当医が対象感染症の可能性を疑った場合、下記の表に基づいて担当診療科に依頼するか否かは担当医の判断に委ねる。

感染症名	小児科	内科 I	消化器内科	耳鼻咽喉科	皮膚科
結核	●	●			
麻疹	●				●
水痘	●				●
風疹	●				●
ムンプス	●			●	
インフルエンザ	●	●			
ウイルス性胃腸炎	●		●		
SARS	●	●			
MERS	●	●			
2019-nCoV	●	●			

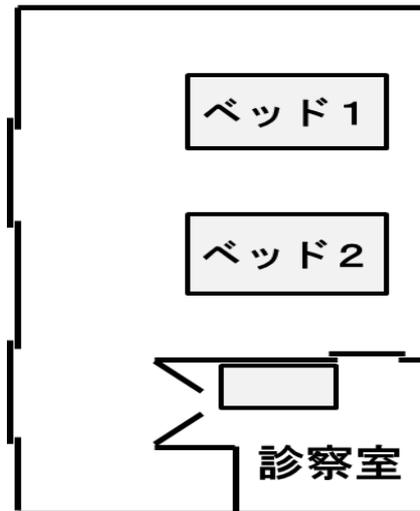
5. 救急室(2)の運用

- ① 夜間・休日・祝日に当院を受診する感染症患者の診察は原則として救急室(2)で行う。新型コロナウイルス感染症疑いを除いては、外来トリアージ室1、2、3は使用しない。
- ② 独歩患者の診察は救急室の「診察室」を用いることを原則とするが、「ベッド1、2」が空いている場合には使用可能である。
- ③ 救急車で来院する患者は「ベッド1、2」に搬送されることが多いので、そのまま「ベッド1、2」で診療を行う。
- ④ 救急室の「診察室」や「ベッド1、2」が使用中の場合、自診療科の病棟の個室や処置

室など入院患者から隔離されたスペースを利用して診療を行うことも可能である。

- ⑤ 救急室あるいは自診療科の病棟の個室や処置室などを使うことができない場合、担当医師は当直師長に相談する。当直師長は他診療科の病棟で外来患者の診察に用いることができる個室等を探す。

救急室 (2)



II. 夜間・休日・祝日の入院患者

1. 対象となる感染症

「I. 夜間・休日・祝日の救急外来受診」の「1. 対象となる感染症」を参照。

2. 入院患者の感染症スクリーニング

1) 対象患者とスクリーニング方法

- ① 対象は入院予定患者である。
- ② 病棟に「外来患者、入院患者に配布する調査用紙」(資料1～3)を置き、初診患者に記入を依頼する。
- ③ 患者が記載した調査用紙は、病棟看護師が確認する。p.9に記載した基準により、上記感染症疑い患者を発見した場合には、2)以下に従う。

2) 診察場所

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の診察場所は、自診療科の病棟の個室や処置室などを用いる(その選択は担当医の指示に従う)。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の診察場所は、自診療科の病棟の個室や処置室などを用いる(その選択は担当医の指示に従う)。
- ③ 患者にはサージカルマスク着用を依頼し、診察場所に案内する。

3) 診察者

- ① 各診療科の担当医師・歯科医師とする。
- ② 診察の順番などについても担当医が判断するが、感染症疑い患者はできる限り優先的に診察する。
- ③ 患者を診察した担当医が対象感染症の可能性を疑った場合、「I. 夜間・休日・祝日の救急外来受診」の「4. 他診療科へのコンサルテーション」に基づいて担当診療科に依頼するか否かは担当医の判断に委ねる。

4) 診察後の患者待機場所

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の診察後の待機場所は、自診療科の病棟の個室や処置室などとする。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の診察後の待機場所は、自診療科の病棟の個室や処置室などとする。

5) 入院となった場合

- ① 新型コロナウイルス以外の感染症疑い患者の入院は、病棟の個室とする。
- ② 新型コロナウイルス感染症疑い患者の入院は、病棟の個室として、陰圧管理を行う。感染制御部を通して、保健所に対応を相談する。

【資料1：外来患者、入院患者に配布する調査用紙（日本語）と運用方法】

外来用

医科・歯科全ての検査や受診が終わるまでお持ちになり、会計にお出ください

外来受診及び入院される患者さんへ（お願い）（2022.9.7版）

最近、感染性胃腸炎（ノロウイルス等による）、インフルエンザ、はしか、新型コロナウイルスなどの院内感染や海外からの耐性菌の持ち込みが問題となっています。これらを防止するために、水際での対策が求められています。当院では下記の事項について受付時に調査させていただいておりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

お名前 体温

次の質問について「はい」または「いいえ」の何れかにチェック✓願います。

A. 感染性胃腸炎について		はい	いいえ
1	この1週間以内及び現在、下痢または嘔吐の症状がある(あった)		
2	この1週間以内、同居のご家族や職場(お子さんの場合は、家族・近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、下痢または嘔吐した人がいる(いた)		
B. 発熱について		はい	いいえ
3	7日前から現在まで(1週間以内及び現在)から現在まで37.0度以上の発熱がある(あった)		
C. 呼吸器感染症について		はい	いいえ
4	せきが出る	7日前から現在(1週間以内及び現在)までの症状	
5	のどが痛い あるいは 鼻水がでる		
6	体のふしぶしが痛い		
7	味やにおいがわかりにくい		
8	体がだるい		
9	1週間以内に、インフルエンザと診断されて治療を受けていた(内服、吸入、注射)		
10	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、インフルエンザ(含疑い)にかかっている人がいる、または1週間以内にかかっていた人がいた		
D. はしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜについて		はい	いいえ
11	からだに発疹が出ている	昨日から現在までの症状	
12	耳の下からあごのラインの腫れがある		
13	あごの下の腫れがある		
14	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ(含疑い)にかかっている、または1週間以内にかかっていた人がいた		
E. 海外からの耐性菌の持ち込みについて		はい	いいえ
15	2000年以降、海外の医療機関に入院して治療を受けたことがある		
F. コロナウイルスなどについて		はい	いいえ
16	過去7日(1週間)以内にクラスタ化した医療機関・施設、職場、学校、保育所等に通っていた		
17	16で「はい」とお答えになった場合、施設等の名称を記入ください		
18	新型コロナウイルス感染患者と接触した可能性がある場合は、その時期を記入ください	月	日
19	現在、本人もしくは同居人がPCR検査を受けている		
20	19で「はい」とお答えになった場合、誰かを記入ください		
21	19で「はい」とお答えになった場合、その時期を記入ください	月	日
22	自宅隔離を要請されている同居人がいる場合、誰かを記入ください		
23	22の方は、いつから自宅隔離を要請されているか	月	日
24	最近7日(1週間)に、海外渡航歴がある		
25	24で「はい」とお答えになった場合、国名を記入ください		
26	24で「はい」とお答えになった場合、帰国日を記入ください	月	日
27	過去に新型コロナウイルス感染症と診断された場合には、その時期を記入ください	月	日

担当医
確認サイン

入院用

外来受診及び入院される患者さんへ(お願い) (2022.9.7版)

最近、感染性胃腸炎(ノロウイルス等による)、インフルエンザ、はしか、新型コロナウイルスなどの院内感染や海外からの耐性菌の持ち込みが問題となっています。これらを防止するために、水際での対策が求められています。当院では下記の事項について受付時に調査させていただいておりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

お名前 体温

次の質問について「はい」または「いいえ」の何れかにチェック✓願います。

A. 感染性胃腸炎について		はい	いいえ
1	この1週間以内及び現在、下痢または嘔吐の症状がある(あった)		
2	この1週間以内、同居のご家族や職場(お子さんの場合は、家族・近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、下痢または嘔吐した人がいる(いた)		
B. 発熱について		はい	いいえ
3	7日前から現在まで(1週間以内及び現在)37.0度以上の発熱がある(あった)		
C. 呼吸器感染症について		はい	いいえ
4	せきが出る		
5	のどが痛い あるいは 鼻水がでる		
6	体のふしぶしが痛い	7日前から現在(1週間以内及び現在)までの症状	
7	味やにおいがわかりにくい		
8	体がだるい		
9	1週間以内に、インフルエンザと診断されて治療を受けていた(内服、吸入、注射)		
10	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、インフルエンザ(含疑い)にかかっている人がいる、または1週間以内にかかっていた人がいた		
D. はしか、風疹、みずぼうそう、おたふくかぜについて		はい	いいえ
11	からだに発疹が出ている		
12	耳の下からあごのラインの腫れがある	昨日から現在までの症状	
13	あごの下の腫れがある		
14	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、はしか、風疹、水ぼうそう、おたふくかぜ(含疑い)にかかっている、または1週間以内にかかっていた人がいた		
E. 海外からの耐性菌の持ち込みについて		はい	いいえ
15	2000年以降、海外の医療機関に入院して治療を受けたことがある		
F. コロナウイルスなどについて		はい	いいえ
16	過去7日(1週間)以内にクラスタ化した医療機関・施設、職場、学校、保育所等に通っていた		
17	16で「はい」とお答えになった場合、施設等の名称を記入ください		
18	新型コロナウイルス感染患者と接触した可能性がある場合は、その時期を記入ください	月	日
19	現在、本人もしくは同居人がPCR検査を受けている		
20	19で「はい」とお答えになった場合、誰かを記入ください		
21	19で「はい」とお答えになった場合、その時期を記入ください	月	日
22	自宅隔離を要請されている同居人がいる場合、誰かを記入ください		
23	22の方は、いつから自宅隔離を要請されているか	月	日
24	最近7日(1週間)以内に、海外渡航歴がある		
25	24で「はい」とお答えになった場合、国名を記入ください		
26	24で「はい」とお答えになった場合、帰国日を記入ください	月	日
27	過去に新型コロナウイルス感染症と診断された場合には、その時期を記入ください	月	日

窓口にお呼びしましたら、以下の確認がありますので、ご準備をお願いします。

- ①診察券
- ②健康保険証 ※お持ちの方は限度額認定証・各種受給者証・管理票
- ③入院保証書
- ★入退院センターで薬の確認のある方は、内服中の薬とお薬手帳を準備願います

担当医
確認サイン

★ 対象患者

対象患者	調査用紙の記入依頼	記入内容を確認するスタッフ、注意事項
1 全入院患者	入退院センター	入退院センター看護師
2 全歯科受診患者	2階歯科受付(初診患者)、各診療室の受付(再診)	外来カウンター クラーク、歯科医師、看護師等
3 全医科初診患者	新患受付	外来カウンター クラーク、医師、看護師等
4 エアロゾルが発生する検査・治療を受ける患者		
①鼻咽喉ファイバー	耳鼻咽喉科外来、放射線治療科外来	外来カウンター クラーク、医師、看護師等
②口腔内処置や口腔粘膜生検	皮膚科	外来カウンター クラーク、医師、看護師等
③気管支鏡	検査オーダーを出した診療科の外来カウンター、内視鏡センター カウンター	外来カウンター クラーク、医師、看護師等
④消化管内視鏡	内視鏡センター カウンター	外来カウンター クラーク、医師、看護師等
⑤経食道エコー	検査オーダーを出した診療科の外来カウンター	外来カウンター クラーク、医師、看護師等
⑥呼吸機能検査	検査オーダーを出した診療科の外来カウンター	外来カウンター クラーク、医師、看護師等 (注意事項)患者が記入した調査用紙に医師が確認のサインをしてから患者に渡す。呼吸機能検査室では、調査用紙に医師のサインがあることを確認してから検査を行う。
⑦全身麻酔下の手術	手術前に主科で配布	主科の医師、看護師が確認。 (注意事項)1箇所でも「はい」となった場合、主科から麻酔センターに常駐する症例変更担当教員(歯科は担当歯科麻酔医)(平日日勤)に連絡を行い、手術の可否、装備の要否について合議を行う。

★ 対応の概略

- (1) 調査用紙の全項目が「いいえ」であれば、通常通りの診察を行う。
- (2) 1つでも「はい」の場合、下記に従う。(28、29、30のみ「はい」の場合には、通常対応とする。)
- (3) 1つでも「はい」の場合、調査用紙のスキャンをスキャンセンターに依頼する。全て「いいえ」の場合には、スキャンを行わない。

外来受診及び入院される患者さんへ(お願い) (2022.9.7版)

最近、感染性胃腸炎(ロウイルス等による)、インフルエンザ、はしか、新型コロナウイルスなどの院内感染や海外からの耐性菌の持ち込みが問題となっています。これらを防止するために、水際での対策が求められております。当院では下記の事項について受付時に調査させていただいておりますので、ご理解とご協力をお願いいたします。

お名前 体温

次の質問について「はい」または「いいえ」の何れかにチェック 願います。

		はい	いいえ
A. 感染性胃腸炎について			
1	この1週間以内及び現在、下痢または嘔吐の症状がある(あった)		
2	この1週間以内、同居のご家族や職場(お子さんの場合は、家族・近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、下痢または嘔吐した人がいる(いた)		
B. 発熱について			
3	7日前から現在まで(1週間以内及び現在)から現在まで37.0度以上の発熱がある(あった)		
C. 呼吸器感染症について			
4	せきが出る		
5	のどが痛い あるいは 鼻水がでる		
6	体のふしづしが痛い	7日前から現在(1週間以内及び現在)までの症状	
7	味やおいがわかりにくい		
8	体がだるい		
9	1週間以内に、インフルエンザと診断されて治療を受けていた(内服、吸入、注射)		
10	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、インフルエンザ(含疑い)にかかっている人がいる、または1週間以内にかかっていた人がいた		
D. はしか、麻疹、みずぼうそう、おたふくかぜについて			
11	からだに発疹が出ている		
12	耳の下からあごのラインの腫れがある	昨日から現在までの症状	
13	あごの下の腫れがある		
14	同居のご家族や職場(お子さんの場合は近所・友達・保育園・幼稚園・学校)等に、はしか、麻疹、水ぼうそう、おたふくかぜ(含疑い)にかかっている、または1週間以内にかかっていた人がいた		
E. 海外からの耐性菌の持ち込みについて			
15	2000年以降、海外の医療機関に入院して治療を受けたことがある		
F. コロナウイルスなどについて			
16	過去7日(1週間)以内にクラスター化した医療機関・施設、職場、学校、保育所等に通っていた		
17	16で「はい」とお答えになった場合、施設等の名称を記入ください		
18	新型コロナウイルス感染者と接触した可能性がある場合は、その時期を記入ください	月	日
19	現在、本人もしくは同居人がPCR検査を受けている		
20	19で「はい」とお答えになった場合、誰かを記入ください		
21	19で「はい」とお答えになった場合、その時期を記入ください	月	日
22	自宅隔離を要請されている同居人がいる場合、誰かを記入ください		
23	22の方は、いつから自宅隔離を要請されているか	月	日
24	最近7日(1週間)に、海外渡航歴がある		
25	24で「はい」とお答えになった場合、国名を記入ください		
26	24で「はい」とお答えになった場合、帰国日を記入ください	月	日
27	過去に新型コロナウイルス感染症と診断された場合には、その時期を記入ください	月	日

(1) 1,2のいずれかが「はい」の場合
感染性胃腸炎を念頭に置いた質問

(2) 3-10の1つでも「はい」の場合
呼吸器感染症(インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症等)を念頭において

(3) 11-14の1つでも「はい」の場合
麻疹、風疹、水痘、ムンプスを念頭に置いた質問

(4) 15が「はい」の場合
海外からの耐性菌の持ち込みを念頭に置いた質問

(5) 16, 18, 19, 22, 24の1つでも「はい」の場合
新型コロナウイルス感染症を念頭に置いた質問

1-16,18,19,22,24の全てが「いいえ」の場合
通常通りの対応。

★ 対応の具体例

1. 全入院患者

1) 1、2のいずれかが「はい」の場合

病棟師長に連絡をとる。①入院延期、②個室を用意、③原疾患・併存疾患による胃腸炎症状と考えて、通常の入院扱いとする。

2) 3-10の1つでも「はい」の場合

病棟師長に連絡をとる。病棟師長は主治医に相談する。症状が原疾患・併存疾患と関連がない場合、原則として入院延期とする。(症状消失後14日間経過したら、検査・治療を実施可とする。)入院延期が難しい場合、胸部CTを撮影し、肺炎がないことを確認し、SARS-CoV-2検査を行い、陰性を確認できれば、通常の入院扱いとする。胸部CTで肺炎像を認め、判断に迷った場合には、内科I (PHS 83088)に相談する。

3) 11-14の1つでも「はい」の場合

病棟師長に連絡をとる。病棟師長は主治医に相談する。症状が原疾患・併存疾患と関連がない場合、原則として入院延期とする。(症状消失後14日間経過したら、検査・治療を実施可とする。)入院延期が難しい場合、感染制御部と相談の上、対応を決める。

4) 15が「はい」の場合

病棟師長に連絡をとる。病棟師長は感染制御部に連絡する。耐性菌持ち込みの有無を検査する場合がある。

5) 16、18、19、22、24の1つでも「はい」の場合

病棟師長に連絡をとる。病棟師長は主治医に相談する。原則として(18が「はい」の場合には最終接触から14日を過ぎる迄、19が「はい」の場合にはPCR陰性が確認される迄、22が「はい」の場合には隔離解除となる迄、24が「はい」の場合には帰国後14日を過ぎる迄)入院延期とする。入院延期が難しい場合、個室に入院する(N95マスク等は不要)。16が「はい」の場合には別に定めた規定に準じる。

6) 28、29、30が「はい」の場合

28、29、30のみが「はい」の場合、特別な対応はない。

2. 全医科初診患者

1) 1、2のいずれかが「はい」の場合

外来トリアージ室(利用不能な場合には担当診療科の外来)に案内し、担当診療科に連絡。

2) 3-10の1つでも「はい」の場合

外来トリアージ室に案内し、担当診療科に連絡。

3) 11-14の1つでも「はい」の場合

外来トリアージ室に案内し、担当診療科に連絡。

4) 15が「はい」の場合

特別な対応はない。

- 5) 16、18、19、22、24 の1つでも「はい」の場合
外来トリアージ室に案内し、担当診療科に連絡。16が「はい」の場合には別に定めた規定に準じる。
- 6) 28、29、30が「はい」の場合
28、29、30のみが「はい」の場合、特別な対応はない。

3. エアロゾルが発生する検査・治療を受ける患者

- 1) 1、2のいずれかが「はい」の場合
症状が原疾患・併存疾患と関連がない場合、原則として検査・治療を延期する。(症状消失後14日間経過したら、検査・治療を実施可とする。) 延期が難しい場合、フル装備の上、検査・治療を行う。
- 2) 3-10の1つでも「はい」の場合
症状が原疾患・併存疾患と関連がない場合、原則として検査・治療を延期する。(症状消失後14日間経過したら、検査・治療を実施可とする。) 延期が難しい場合、フル装備の上、検査・治療を行う。
- 3) 11-14の1つでも「はい」の場合
症状が原疾患・併存疾患と関連がない場合、原則として検査・治療を延期する。(症状消失後14日間経過したら、検査・治療を実施可とする。) 延期が難しい場合、フル装備の上、検査・治療を行う。
- 4) 15が「はい」の場合
特別な対応はない。
- 5) 16、18、19、22、24の1つでも「はい」の場合
症状が原疾患・併存疾患と関連がない場合、原則として(18が「はい」の場合には最終接触から14日を過ぎる迄、19が「はい」の場合にはPCR陰性が確認される迄、22が「はい」の場合には隔離解除となる迄、24が「はい」の場合には帰国後14日を過ぎる迄)検査・治療を延期とする。延期が難しい場合、フル装備の上、検査・治療を行う。16が「はい」の場合には別に定めた規定に準じる。
- 6) 28、29、30が「はい」の場合
28、29、30のみが「はい」の場合、特別な対応はない。

※フル装備とは、「ビニールガウン、N95マスク、ゴーグル/フェイスシールド、キャップ、手袋」の着用を指す。

★ 注意点

- (1) 「対応の具体例」は感染対策上の原則を記載したものである。診療科や原疾患・併存疾患の特殊性により、様々なバリエーションが生じうるので、迷った場合には、感染

制御部（内線 5703）に連絡をとり、相談する。調査用紙の全項目が「なし」であれば、通常通りの診察を行う。

- (2) 調査用紙で 1-16、18、19、22、24 に「はい」と記入した患者に検査や治療を行うことになった場合、該当部門（検査・輸血部、放射線部、中央診療検査部等）に事前連絡する。
- (3) N95 マスクとゴーグルは在庫数に限りがあるため、原則として再利用を行う（保管方法については別記）。
- (3) 再診予定患者に調査用紙を予め渡し、自宅で体温を測定の上、必要事項を記入して持参して頂くと、次回以降の対応がスムーズに運ぶ。

【資料2：外来患者、入院患者に配布する調査用紙（英訳）】

Questionnaire for All Patients (v.2022.9.7)

In-hospital transmission of infectious gastroenteritis (e.g. due to norovirus), influenza, measles, and the new coronavirus, and the introduction of resistant bacterial strains from abroad have become serious issues lately. As a preventive measure, we ask you to complete this questionnaire during your reception. Thank you for your cooperation regarding this matter.

Name Temp

Please check(✓) "YES" or "NO".

A. Infectious gastroenteritis		YES	NO
1	Have you had diarrhea or vomiting within the past week?		
2	Has anyone in your household or any known contact (at work, school, neighborhood, etc.) had diarrhea or vomiting within the past week?		
B. Fever		YES	NO
3	Have you had temperature more than 37.0°C within the past 7 days?		
C. Respiratory infections		YES	NO
4	coughing	} symptoms within the past 7 days	
5	throat pain and/or nasal discharge ("runny nose")		
6	body aches		
7	blunted sense of taste and/or smell		
8	fatigue (getting tired easily; lack of energy)		
9	Have you taken any medication after being diagnosed with influenza within the past week?		
10	Has anyone in your household or any known contact (at work, school, neighborhood, etc.) had influenza (including suspected cases) within the past week?		
D. Measles, rubella, chicken pox and mumps		YES	NO
11	skin rash	} symptoms since yesterday	
12	swelling below the ears along the jawline		
13	swelling under the jawbone		
14	Has anyone in your household or any known contact (at work, school, neighborhood, etc.) had measles, rubella, chicken pox or mumps (including suspected cases) within the past week?		
E. Multi-drug resistant bacteria from abroad		YES	NO
15	Have you been hospitalized outside Japan at any time after year 2000?		
F. Corona and other viruses		YES	NO
16	Have you been out of Japan within the past 7 days?		
17	If YES to Q16, please list the country names.		
18	If YES to Q16, please indicate your date of return to Japan.	month: day:	
19	I may have been in contact with someone with COVID-19.		
20	If YES to Q19, please indicate the date of possible contact.	month: day:	
21	I live with a person who has been requested to be self-quarantined.		
22	If YES to Q21, please indicate your relationship to the self-quarantined person.		
23	If YES to Q21, please indicate the date of self-quarantine request.	month: day:	
24	Including myself, at least one person in my household is waiting for the results of a PCR test.		
25	If YES to Q24, please indicate your relationship to the person who was tested.		
26	If YES to Q24, please indicate the date of PCR test.	month: day:	

Please have the following documents ready at the reception desk.

- ① Patient registration card
- ② Health insurance card (and additional certificates that you possess)
- ③ Hospitalization warranty form
- ★ Please have your prescription diary and medicine(s) at the Inpatient Center.

	Pulmonary function test
	Signature

【資料3：外来患者、入院患者に配布する調査用紙（中国語訳）】

门诊及住院患者评估表 (2022.9.7版)		
最近, 感染性肠胃炎(诺罗病毒等感染)、流行性感冒、麻疹、新冠病毒等院内感染或海外带入超级细菌, 已造成不可忽视的问题。为防止爆发严重疫情, 必须实施有效的边境防疫对策。承上所述, 本院要求患者于挂号时回答以下询问事项, 恳请知悉, 感谢协助。		
姓名	<input type="text"/>	体温 <input type="text"/>
请回答下列问题, 在「是」或「否」处标记 <input checked="" type="checkbox"/>		
A. 感染性肠胃炎相关询问事项		是 否
1	一周内包括现在, 是否发生曾腹泻或呕吐症状	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	一周内同住的亲属或职场(若患者为孩童, 确认对象改为家属、邻居、友人、托儿所、幼稚园、学校)等, 是否有人发生腹泻或呕吐症状	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
B. 发烧相关询问事项		是 否
3	7天前到现在是否曾发烧至37.0度以上	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
C. 呼吸道感染症相关询问事项		是 否
4	是否咳嗽	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5	是否感到喉咙痛或流鼻涕	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6	是否感到关节疼痛	7天前到现在的症状 <input type="checkbox"/>
7	是否感到味觉或嗅觉失常	
8	是否感到全身无力	
9	一周内是否确诊罹患流行性感冒并接受药物治疗(内服、吸入、注射)	
10	同住的亲属或职场(若患者为孩童, 确认对象改为家属、邻居、友人、托儿所、幼稚园、学校)等, 是否有人罹患(包括未确诊)流感或一周内曾确诊为流感	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D. 麻疹、德国麻疹、水痘、腮腺炎相关询问事项		是 否
11	身上是否发疹	从昨天到现在的症状 <input type="checkbox"/>
12	耳部下方至下颚部位是否肿胀	
13	下颚下方是否肿胀	
14	同住的亲属或职场(若患者为孩童, 确认对象改为家属、邻居、友人、托儿所、幼稚园、学校)等, 是否有人罹患麻疹、德国麻疹、水痘、腮腺炎(包括未确诊)或一周内曾确诊	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
E. 海外带入超级细菌相关询问事项		是 否
15	2000年之后, 是否曾在海外医疗机构住院治疗	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
F. 冠状病毒相关询问事项		是 否
16	过去7天以内是否前往发生群聚的医疗机关、设施、职场、学校、保育园等	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17	第16项答「是」者, 请填写该设施名称	<input type="text"/>
18	如果可能接触过新型冠状病毒感染患者, 请填写日期	月 日
19	现在, 本人或同居家人是否接受PCR检查	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20	第19项答「是」者, 请填写该人物	<input type="text"/>
21	第19项答「是」者, 请填写日期	月 日
22	如果同居家人正处于居家隔离, 请填写该人物	<input type="text"/>
23	第22项何时开始居家隔离	月 日
24	最近7天内, 是否曾离开日本	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25	第24项答「是」者, 请填写国名	<input type="text"/>
26	第24项答「是」者, 请填写回到日本的日期	月 日
27	如果过去曾被诊断出新型冠状病毒感染症状, 请填写日期	月 日
柜台人员将检视以下文件, 请事先备妥。		呼吸功能检查 确认签名
①挂号证		<input type="text"/>
②健康保险证 ※如持有限额度认定证、各种补助证明、管理票, 亦请备妥		
③住院保证书		
★如于住出院中心确认过药物, 请备妥服用中的药物与用药手册		

【資料4：感染症早期発見のためのポスター】



外来を受診される方へ

【このような症状がある方は、受付にお知らせください】



37.0度以上の発熱や風邪

- 関節痛や身体のだるさ
- 味や匂いを感じない
- 1ヶ月以内に海外渡航歴がある
- コロナウイルスの患者または、疑いがある患者と接触歴がある



コロナウイルス*疑い インフルエンザの疑い

*SARSコロナウイルス、MERSコロナウイルス、
新型コロナウイルスを指す

嘔吐や下痢

- 二枚貝(カキ・ハマグリ・シジミ等)を食べた
- ご家族や職場で同じ症状の人がいた



感染性胃腸炎の疑い

身体に発疹がある

- 耳の下からあごのラインの腫れがある
- あごの下の腫れがある

はしか・風疹・みずぼうそう おたふくかぜの疑い



待合室等の人ごみでは、マスクの着用をお願いします

