

愛医発第236号
令和2年4月17日

県下各医師会長 様
(名古屋市各区医師会長含む)
各分科医会長 様

公益社団法人 愛知県医師会
会長 柵木 充明
(公印省略)

「医療機関から帰国者・接触者相談センターに
連絡する際のチェックリスト」について

平素は本会の諸事業に格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

昨日（令和2年4月17日）開催の県下医師会長等協議会にてご説明いたしました、
標記の件につきまして、本会会員用ホームページ（下記アドレス参照）へ掲載いたしま
したのでご活用ください。

つきましては、貴会におかれましてもご承知おきいただきますとともに、貴会会員へ
のご了知方につき、ご高配の程よろしくお願い申し上げます。

なお、一般会員用には、愛知県医師会会員専用ホームページの愛医通信欄にて閲覧で
きますことを申し添えいたします。

記

・「医療機関から帰国者・接触者相談センターに連絡する際の
チェックリスト」（WORD形式）掲載ページ

○愛知県医師会ホームページ（会員専用ページ）
会員の皆さまへ「感染症情報（新型コロナウイルス感染症情報）」
<https://www.aichi.med.or.jp/mb/corona/>

担 当：医療業務部第2課
TEL：052-241-4139
FAX：052-241-4130
E-mail：chiiki_2@aichi.med.or.jp

医療機関から帰国者・接触者相談センターに連絡する際のチェックリスト
 ※ 肺炎を疑う患者を他院に紹介する際にもご活用ください。

患者名		生年月日	年 月 日 (歳)
患者住所		性別	
連絡が取れる電話番号	— —	本人・本人以外(続柄)	
接触者外来を受診する場合 に自家用車移動の可否	可：車種	_____	色 _____
	否	_____	ナンバー _____

① 濃厚接触の有無

- 1) あり： 詳細 (____月 ____日 _____ と接触) →⑤に進んでください
- 2) なし・不明 →②に進んでください

② 2週間以内の流行地域への渡航歴の有無

- 1) あり： 詳細 (____月 ____日 _____ から帰国) →⑤に進んでください
- 2) なし →③に進んでください

③ 肺炎の有無

- 1) あり・疑い・不明 →⑤に進んでください
- 2) なし →④に進んでください

④ 帰国者接触者外来の受診が必要な理由

理由： _____ →⑤に進んでください

⑤ 現病歴、現在の症状、入院の必要性

- 1) 発症日： ____月 ____日
- 2) 発症時の症状： 発熱・倦怠感・咳・咽頭痛・呼吸苦・その他(_____)
- 3) 発症後のマスク着用の有無： あり・なし
- 4) 既往歴： _____
- 5) ADL： _____
- 6) 現在の症状： _____
- 7) 入院の必要性： あり・なし →⑥に進んでください

⑥ 所見 (貴施設で施行可能な分のみお願いいたします。特に①②から進んできた場合は最低限で結構です。)

- 1) 体温： _____℃ (8時間以内の解熱剤の使用 あり・なし)
- 2) 酸素飽和度： _____%
- 3) 呼吸数： _____回/分
- 4) 聴診所見： 異常あり・異常なし
- 5) 胸部レントゲン： 施行・未施行
↳ 所見 (_____)
- 6) 胸部CT： 施行・未施行
↳ 所見 (_____)
- 7) 採血： 施行・未施行
↳ 所見 (_____)
- 8) その他の所見： _____