

# NCGM COVID-19 感染 チェックリスト ver. 3.0 (20200612)

患者氏名 \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 階 東・西 \_\_\_\_\_  
 手術術式、検査名 \_\_\_\_\_  
 手術内容 (○) 待機 \_\_\_\_\_ 緊急 \_\_\_\_\_ その他 \_\_\_\_\_  
 手術日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 診療科 \_\_\_\_\_

## 1、出棟時所見 (看護師) チェック (○)

	あり	なし	該当項目に (○) をつける
前日まで			COVID-19 陽性者との濃厚接触歴がありますか？ (1m 以内かつ 15 分以上接触)
前日まで			過去 14 日以内の海外渡航歴がありますか？
前日まで			<b>同居する人</b> の発熱や咳の症状がありますか。
当日			体温が <b>37.5℃以上</b> ありますか？
当日			呼吸器症状がありますか？ (咳嗽、痰、咽頭痛など)
当日			味覚、嗅覚異常がありますか？
			その他 ( _____ )

## 2、肺炎像の有無 (診療科医師) チェック (○)

チェック	肺炎	所見	検査日
	なし		
	あり		

3、前日までの発熱や呼吸器症状の原因検索がされていますか？ ( )はい ( ) いいえ

## 4、PCR 検査 (診療科医師) チェック (○)

チェック	PCR 検査	PCR 所見	検査日
	なし		
	あり		

## 5、DCC に相談 (診療科医師) チェック (○)

チェック	DCC に相談	相談内容	その他
	なし		
	あり		

**最終 COVID-19 対応 (○) (診療科医師)**

陰性 \_\_\_\_\_ 疑い \_\_\_\_\_ 陽性 \_\_\_\_\_

備考 \_\_\_\_\_

	サイン	氏名
1	病棟看護師	
2	診療科医師	
3	手術・検査室看護師	
4	麻酔科医師	
5	他	