

内視鏡検査を受けられる患者さんへ —院内感染予防のために—

新型コロナウイルスの感染が拡大している中、問題になっているのは、患者さんが感染に気付かないまま検査された場合、ウイルスが医療従事者に感染し、院内感染が発生することです。院内感染が発生しますと病院の機能が停止し、通常の診療、治療ができなくなる恐れがあります。このため検査前の健康状態を調べておき、発熱や咳などの異常がある場合には検査を延期させていただく場合があることをご理解いただきたいと思います。

当院では感染対策を徹底するとともに、検査、治療を受けられる患者さんにもご協力いただき、患者さんにとっても、医療従事者にとっても安全で安心な診療ができるよう取り組んで参ります。つきましては、検査される患者さんにおかれましては、検査までの期間は以下のことにご留意いただき、ご協力いただけますようお願いいたします。ご不明な点がありましたら、主治医にご相談ください。

- 留意点とお願い -

1. 検査の2週間前から不要不急の外出は避けてください。
2. 手洗いをこまめに行い、外出する際にはマスクをして、密閉・密集・密接の環境を避けてください。
3. 検査までの2週間は、毎日（朝・夕）体温を測定してください。
4. 胃カメラ、大腸カメラの検査を続けて受ける方は、全ての検査が終了するまで体温を測定して下さい。
5. 検査される日に「毎日の体調・行動歴 チェックシート」をご持参ください。

* 検査前に発熱やせき、咽頭痛、体のだるさなどの症状等、新型コロナウイルス感染症・濃厚接触者と接触があった場合や、各症状の「ある」に該当した場合は病院の主治医にご連絡ください。状況によって検査を延期する場合があります。

入院日： _____ 説明した日： _____

連絡先： 多摩南部地域病院 代表電話 (042-338-5111)

毎日の体調・行動歴 チェックシート

内視鏡用

この検温表は、患者さんの体調を把握し、検査・処置が実施できるかどうか判断するために使用します。患者さん自身の安全、医療従事者の安全を守るためにも、可能な限り正確に記入してください。
症状や問診結果に応じ、検査・処置を延期させていただく場合があります。
 計測や記入は、検査2週間前から1日2回おこなってください。

ID: _____ 氏名: _____ 年齢: _____

日時		検温時間	体温	せき・たん	のどの痛み	におい・味の異常	倦怠感	接触者	外出先など
記入例	4月1日	6時	37.5度	なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある	友人	スーパー
		21時	36度	なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
1日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
2日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
3日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
4日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
5日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
6日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
7日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
8日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
9日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
10日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
11日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
12日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
13日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
14日目	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
				なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		
入院日	月 日			なし/ある	なし/ある	なし/ある	なし/ある		

入院時、記入が済んだ状態で持参してください

