

京大病院に入院される皆様へ (自己隔離と入院をお断りする場合について)

表面

令和3年3月25日

1. 自己隔離のお願い

新型コロナウイルス感染拡大防止のため、これから入院される皆様には海外渡航、国内旅行をお控えいただくとともに**入院される2週間前から「3つの密」を避け、自己隔離をお願いします。**

<入院2週間前から以下の密になりやすい場所には行かないでください>



パチンコ・ゲームセンター・コンサート・観劇・映画館での映画鑑賞
スポーツ観戦・二人以上のカラオケ・冠婚葬祭・市民サークル・スポーツジム
日帰り入浴施設・同居家族以外との食事会・ビュッフェ形式の外食
自治会などの会合・混雑した場所での買い物・国内旅行・海外渡航
夜の繁華街などでの、マスクをしていない不特定多数の方に対する接客
(仕事の都合上どうしても難しい場合は主治医にご相談下さい)
寮などでの共同生活 など

<入院2週間前でも可能な行動>

短時間での日常の買い物・病院への通院・密集していない屋外の散歩
十分に感染対策をとった上でのデイサービス利用、学校や仕事など



2. 入院をお断り(手術や処置・検査も延期)する場合について

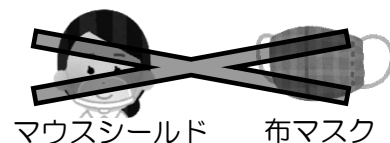
患者さんご自身、あるいは同居されている方が以下の項目に当てはまる場合は、**入院日の前日までに入院予定の病棟までご連絡ください。**

(入院当日来院されてもお帰りいただく場合がございます)

ご理解、ご協力のほど、宜しくお願い申し上げます。

- ◆ 患者さんご自身、あるいは同居されている方が入院前2週間の期間で以下の症状があった
 - ・ 発熱(37.5℃以上)した
 - ・ かぜのような症状(鼻汁、のどの痛み、咳など)が新たにでてきた
 - ・ 味がわからない、においがわからないという症状が新たにでてきた
- ◆ 入院前の期間に限らず、患者さんご自身、あるいは同居されている方の中に新型コロナウイルス感染者、あるいは新型コロナウイルス感染の濃厚接触者がいる(いた)
- ◆ 患者さんご自身が入院前に不特定多数のマスクをしていない方と会話した
- ◆ 1. の自己隔離ができなかった

入院中はご自身を守るためにも、より安全性の高い**不織布マスク(使い捨てマスク)**を着用いただきますので、ご用意をお願いします。



マウスシールド 布マスク

これから入院される皆様へ

当院では新型コロナウイルス感染症の院内伝播を防ぐため、さまざまな対策を講じています。感染の可能性や危険性がある患者さんを早くにみつけて診断をつけるため、入院前日に以下の質問にご回答いただき、入院当日に入院受付にご提出ください。

□ 入院当日から2週間前の期間で、以下の行動で当てはまるものすべてに、○をつけてください。

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> パチンコ・ゲームセンターに行った | <input type="checkbox"/> 自治会などの会合に参加した |
| <input type="checkbox"/> コンサートや観劇・映画館などに
行った | <input type="checkbox"/> 混雑した場所での買い物をした |
| <input type="checkbox"/> スポーツ観戦に行った | <input type="checkbox"/> 国内旅行へ行った |
| <input type="checkbox"/> 二人以上でカラオケをした | <input type="checkbox"/> 海外渡航をした |
| <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭に参加した | <input type="checkbox"/> その他、密閉・密集・密接を伴う
行動をした |
| <input type="checkbox"/> 市民サークルなどに参加した | (例：マスクをしていない不特定多数の
人と会話した) |
| <input type="checkbox"/> スポーツジムに行った | |
| <input type="checkbox"/> 日帰り入浴施設に行った | |
| <input type="checkbox"/> 同居家族以外と飲食を一緒にした | |
| <input type="checkbox"/> ビュッフェ形式の外食をした | <u>（ ）上記すべて該当なし</u> |

□ 入院2週間前から入院当日までに、患者さんご自身あるいは同居されている方に以下にあてはまる症状はありましたか。

回答：（はい、ありました / いいえ）

はいと答えた方へ、当てはまる番号のすべてに○をつけてください。

1. 発熱（37.5℃以上）した
2. かぜのような症状（鼻汁、のどの痛み、咳など）がでてきた
3. 味がわからない、においがわからないという症状がでてきた
4. 治療、持病等で以前から1～3にあてはまる症状がある

□ 入院当日までに、患者さんご自身、あるいは同居されている方の中に新型コロナウイルス感染者あるいは新型コロナウイルス感染の濃厚接触者がいましたか。

回答：（はい、いました / いいえ）

記入日： 年 月 日

診療番号：

氏 名：

（代理人）

入院前日に
チェックして
入院当日、入院受付に
提出して下さい

トリアージ
確認済
チェック欄