**新型コロナウイルス感染症関連　チェックシート**

・チェックシートをご記入のうえ、入院連絡票と一緒にＦＡＸをお願いいたします。

・入院審査会で検討後、ご返答させていただきます。

施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　記載者：

患者氏名：　　　　　　　　　　　　　　転院希望日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 条件 | チェック | 備考 |
| 貴施設の所在地（市区町村）で最終感染者が確認されてから2週間経過して新規感染者が確認されていない。（貴施設外の状況） | □いいえ | □はい |  |
| 転院希望の患者様が受傷してから2週間経過している。 | □いいえ | □はい |  |
| 転院希望の患者様が新型コロナウイルス感染症有症状者で発症日から10日間経過し、かつ、症状軽快後72時間経過している。 | □いいえ | □はい |  |
| 転院希望の患者様が新型コロナウイルス感染症有症状者で症状軽快後24時間経過した後、24時間以上間隔をあけ、2回ＰＣＲ検査で陰性を確認できている。 | □いいえ | □はい |  |
| 転院希望の患者様が新型コロナウイルス感染症無症状者で検体採取日から10日間経過している。 | □いいえ | □はい |  |
| 転院希望の患者様が新型コロナウイルス感染症無症状者で検体採取日から6日間経過後、24時間以上間隔をあけ2回ＰＣＲ検査陰性を確認している。 | □いいえ | □はい |  |
| 転院希望の患者様の病棟で新型コロナウイルス感染症患者及び職員がいない。 | □いいえ | □はい |  |
| 貴施設に新型コロナウイルス感染症発症者患者・職員がいた場合（他病棟、同病棟含む）は最終発生患者確認から2週間経過している。 | □いいえ | □はい |  |
| 転院前にＰＣＲ検査、抗体検査（ＩｇＧ，ＩｇＭ）、抗原検査のいずれかの検査が実施できる。 | □いいえ | □はい | ※必須ではありません。 |