

# 新型コロナウイルス感染症 相談・受診フロー（一般の方向け）

？  
受診すべきかわからない  
受診方法がわからない



症状のある方

発熱等の風邪症状、息苦しさ、強いだるさがある方

接触者等

陽性の方と接触のあった方。接触確認アプリCOCOAで通知のあった方等。症状の有無は問いません。



コールセンター

098-866-2129

受診・検査希望あり  
(診療所または検査協力医療機関を紹介)

緊急性が高い



救急外来

できるだけ事前に電話をして、  
受診方法を確認する。

診療所

※診察のみ



検査協力医療機関



医師が検査必要と判断

検体採取センター

※北部、浦添、那覇市・南部に設置（宮古、八重山は設置なし）  
※中部は、中部地区医師会がホームページの問診サイトで検査協力医療機関を紹介

※検査結果が出る前に容体が悪化した場合は、  
受診した医療機関に相談または救急外来を受診してください。

—緊急性の高い症状—

【表情・外見】

- ・顔色が明らかに悪い※
- ・唇が紫色になっている
- ・いつもと違う、様子がおかしい
- 【息苦しさ等】
- ・息が荒くなった（呼吸数が多くなった）
- ・急に息苦しくなった
- ・生活をしていて少し動くとき息苦しい
- ・胸の痛みがある

- ・横になれない。
- ・座らないと息ができない
- ・肩で息をしている
- ・ゼーゼーしている

【意識障害など】

- ・ぼんやりしている（反応が弱い）※
- ・もうろうとしている（返事が無い）※
- ・脈がとぶ脈のリズムが乱れる感じがする

※がついているものは、例えば一緒に生活する人が見て判断した場合

陽性

検査実施機関

陰性

入院（感染症指定医療機関・協力医療機関）

宿泊療養・自宅療養

診療所等で診療継続

※陽性者は原則入院だが、地域の状況に応じて宿泊療養・自宅療養となる場合がある

# 新型コロナウイルス感染症 相談・受診フロー（濃厚接触者向け）

## 保健所から 濃厚接触者と 特定された方

保健所の調査の結果、患者の発症日の2日前から以下のいずれかに該当する接触があった方が濃厚接触者の対象になり、対象者には保健所から連絡をします。

1. 患者と同居あるいは長時間の接触があった者
2. 適切な感染防護なしに患者を診察、看護もしくは介護していた者
3. 患者の気道分泌液もしくは体液等の汚染物質に直接触れた可能性が高い者
4. 手が触れることのできる距離（約1m）で、必要な感染予防策なしで、患者と15分以上接触があった者

保健所が濃厚接触者に連絡し、受診先を案内  
（案内した以降は濃厚接触者から保健所に連絡・相談）

緊急性が高い



救急外来

症状の程度や地域の実情に合わせて受診先を調整

検査協力医療機関



感染症指定医療機関

検体採取センター

※北部、浦添、那覇市・南部に設置（宮古、八重山は設置なし）

※中部は、中部地区医師会がホームページの問診サイトで検査協力医療機関を紹介

協力医療機関

※受診する前や検査結果が出る前に容体が悪化した場合は、保健所に相談または救急外来を受診してください。

陽性

検査実施機関

陰性

入院（感染症指定医療機関・協力医療機関）

宿泊療養・自宅療養

※陽性者は原則入院だが、地域の状況に応じて宿泊療養・自宅療養となる場合がある

患者との最終接触日から14日間は、濃厚接触者のまま健康観察を継続。健康観察中に発熱等の症状が出現した場合は、保健所に連絡し再検査。何も症状がみられなければ、再検査はなし。

# 新型コロナウイルス感染症 F A X 相談票 (沖縄県)

(FAX 番号 098-866-2241) (電話でのご相談が難しい方)

送信年月日	令和 2 年 月 日		
(フリガナ) 氏 名	性 別	男 ・ 女	
	生年月日	T S H	年 月 日 ( 歳)
住 所	沖縄県 市・町・村		
	FAX 番号	— —	
(関係者連絡先) 家族や知人等へ電話による回答を希望される場合は、下記もご記入下さい			
氏 名		本人との関係	
電話番号	— —	住 所	県 市・町・村

※必要なところにチェック(☑)と記入をお願いします。

- 37.5℃以上の発熱がありますか？  はい  いいえ  
 →いつからですか？ 月 日頃から  
 →現在の体温( °C)
- 強いだるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)はありますか？  はい  いいえ  
 →いつからですか？ 月 日頃から
- ほかに症状がありますか？  はい  いいえ  
 →症状 ( )  
 →いつからですか？ 月 日頃から
- 上記の症状出現後、受診しましたか？  はい  いいえ  
 →受診した日 月 日  
 →医療機関名( )  
 →どのような説明を受けましたか？( )
- 以下に当てはまる病気等がありますか？  はい  いいえ  
 ( )糖尿病 ( )心不全 ( )呼吸器疾患 ( )透析を受けている  
 ( )免疫抑制剤や抗がん剤の使用 ( )妊娠中
- 過去14日以内に、感染した人や感染した疑いがある人と接触したことがありますか？  ある  ない
- 過去14日以内に海外に行ったことがある又は行った人と接触したことがありますか？  ある  ない  
 →国・地域名( )  
 →期間( 月 日 ~ 月 日)
- 他に気になることや相談したいことがあれば書いてください。

【事務処理欄】 対応日時 ( ) 対応者 ( )