

ボランティア活動に関する医師連絡票

主治医各位：

本連絡票は、大阪公立大学医学部附属病院でのボランティア活動への参加を希望されている下記の患者さんが、主治医から医学的なアドバイスを得るためのものです。最終的なボランティア活動への参加可否や活動内容は、本連絡票を十分参考にしながら、担当者が検討・判断させていただきますので、先生方に責任の及ぶことは一切ございません。

お忙しいところ恐縮とは存じますが、ご協力の程、どうぞよろしくお願いいたします。

大阪公立大学医学部附属病院

ボランティア活動部会委員長 濱崎 考史

患者氏名 _____

1. 一般的病状（該当するものに○をつけてください。複数回答可）

（ ）急性期 （ ）外来治療中 （ ）外来経過観察中 （ ）病状は安定している

（ ）発作があるが本人で対応可能 （ ）発作があり本人で対応不可能

発作の種類： てんかん 心臓 ぜんそく アレルギー その他（ ）

2. 感染と免疫状態（該当するものに○をつけてください。）

空気、飛沫、接触によって伝染する恐れのある感染症 （有 ・ 無）

胸部レントゲンの結果、結核の罹患または疑い （有 ・ 無）

→罹患の場合： _____ 頃、治癒と判定

免疫状態 （正常免疫 ・ 免疫抑制状態）

→患者に接する活動 （可 ・ 不可） 患者に接しない集団活動 （可 ・ 不可）

※免疫抑制状態：免疫不全疾患、がん化学療法、生物学的製剤、免疫抑制剤使用中など。

3. 精神状態（該当するものに○をつけてください。）

患者に接する活動 （可 ・ 不可） 患者に接しない集団活動 （可 ・ 不可）

※上記3、4の「患者に接する活動」とは、外来案内やイベントの手伝いなど患者と直接接する活動、「患者に接しない集団活動」とは縫製活動や造園などボランティアスタッフと接するグループ活動をいいます。

以上から、本患者さんが病院ボランティア活動参加するにあたって、医学的には、

（ ）可能です。 （ ）見送るべきです。

年 月 日

病院名 _____ 診療科 _____ 医師名 _____ 印

胸部レントゲンの結果について

- ・ 提出する診療科で胸部レントゲンを撮っていない方は、
一年未満の胸部レントゲンの結果を添付ください。
- ・ 一年未満の胸部レントゲンの結果がない方は、各自治体で実施している無料の
健診をご利用ください。

(参考) 大阪市役所 URL: <http://www.city.osaka.lg.jp/>