

インフルエンザと診断されたら ～療養のしかた～



◆ 患者であるあなたは・・・

① 自宅療養中は、外出を控えましょう。

熱が下がっても感染力は残っていて、他の人に感染させる可能性があります。そのことを考えると、外出を控えていただく期間は、発熱や咳・のどの痛みなど症状の始まった日の翌日から7日目まで、又は熱が下がってから2日目までとなります。感染を広げないためにご協力をお願いします。

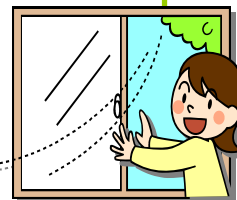
② 自宅療養中、重症化の兆候がみられたら、医療機関へ相談し受診してください。

* 重症化の兆候とは

3日以上発熱、顔色不良、呼吸困難
胸の痛み、意識障害、脱水、けいれん等

③ 自宅療養の仕方

- ・処方されたお薬は指示どおりに最後まで飲みましょう。
- ・水分補給と十分な睡眠を心がけましょう。
- ・マスクを着用し、こまめな手洗い・うがい、定期的に換気しましょう。
- ・毎日2回(朝・夕)体温を測り、症状を記録しておきます。(裏面)
- ・食事は他の家族と時間を変えるか、別室でとります。普段過ごす部屋も分けます。タオルの共用も避けましょう。
- ・ドアノブ、スイッチ、階段の手すり等、人の手が触れるところは消毒し、トイレ、洗面所、浴室等も使用後消毒します。



④ 持病のある方々の中には、重症になることがあるので、主治医に相談し指示を受けましょう。

〈注意してほしい持病のある方〉

慢性呼吸器疾患(ぜんそく等)・慢性心疾患・糖尿病・人工透析中
免疫機能不全(ステロイド内服中)のある方。
その他妊婦、乳幼児、高齢者の方々

◆ 消毒について

手指やドアノブ等の消毒は、消毒用アルコールが便利です。
次のとおり次亜塩素酸ナトリウムを希釈して使用しても結構です。
ドアノブ等は、消毒薬を含ませたペーパータオル等で拭き取るのが効果的です。

消毒液の作り方

0.05%の次亜塩素酸ナトリウム希釈液

次亜塩素酸ナトリウム、500mlペットボトルを用意します。

原液濃度1%の場合
(ミルトン)

原液25mlをペットボトルに入れ、水を一杯まで入れる。

原液濃度5%の場合
(ハイター、ブリーチ)

原液5mlをペットボトルに入れ、水を一杯まで入れる。

〈注意!〉

- ①原液濃度を確認してから希釈を。
- ②消毒する際は手袋を。
- ③消毒後には手洗いを。
- ④金属腐食性あり。
- ⑤消毒後約10分たったら水拭きを。
- ⑥作った消毒薬は1週間ほどで使いきりを。
- ⑦子どもの手の届かない所に保管を。

療 養 中 の 記 録 用 紙

氏 名 :

発症日 より	日付	測定時間	体温(°C)	服薬	症状(咽頭痛・咳・痰・呼吸 困難・下痢・嘔吐・腹痛等)	備 考
0日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
1日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
2日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
3日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
4日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
5日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
6日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
7日	月 日	朝 :		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
		夕 :		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	