

お名前
(カタカナ) ID

発熱外来用 問診票

*診察券のない方は診療申込書もご記入下さい

◎診察前体温 . °C

2.症状に関してお伺いします。※必ずチェックをお願い致します。

いつ頃からですか。 _____ 頃から

◎3日前からずっと37.5以上の熱が続いていますか。(解熱剤を飲み続けなければならない間も含み)

 いいえ はい 上がったりがったりしている (1日目 °C 2日目 °C 3日目 °C)

◎強いだるさ・息苦しさはありますか。

 いいえ はい

◎咳症状等は3日前からずっと続いていますか。

 いいえ はい 夜間やお昼など決まった時間だけ咳が出る状態が続いている

◎味覚障害・嗅覚障害等ありますか。

 いいえ はい

◎基礎疾患(糖尿病・心不全・呼吸器疾患)等ありますか

 いいえ はい 病名: _____

◎過去にコロナウイルス感染症の検査をされたことはありますか?

 いいえ はい (陰性 ・ 陽性) いつ頃 (年 月 日) 医療機関名 ()

上記以外に気になる症状等ございましたら記入ください

お薬の形(粉末・錠剤・シロップ等)の希望がありましたら記入してください。

 いいえ はい → : 粉末 錠剤 シロップ

院内の感染症対策の為、下記内容にご了解頂いた方のみ診察させていただきますのでご了承下さい。

- 当院では新型コロナウイルスのPCR検査は行っておりません。
- 新型コロナウイルスのPCR検査目的の方、その他検査・入院目的で紹介状希望の方はご自宅最寄りのPCR検査医療機関や入院施設の有る医療機関へお問い合わせください。
- 検査の際に本人の検査協力を5分以上得られない場合は、感染防止の観点より検査させて頂けない場合もございますのであらかじめご了承ください。
- 待合の密集を防ぐため、同行者は1名様までにご協力ください。また、同行者含め必ず全員マスク着用をお願い致します。
- 皮膚科・耳鼻科・整形外科受診ご希望でも37.5°C以上の発熱がある場合は、受診をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。
- ご了承頂ける方は発熱外来用待合にてお待ち頂く事となります。全ての診察が終わるまでは決められた場所以外にはいらっしゃらないようお願い致します。
- 新型コロナウイルスワクチン予防接種を接種済みの方は下記をご記入ください。
- ・ワクチン接種回数 _____ 回
 - ・直近の新型コロナウイルスワクチン接種年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
 - ・直近の新型コロナウイルスワクチンの種類 _____ ファイザー・モデルナ・その他()・不明

ご記入ありがとうございました。お手数ですが呼び出しボタンを押して頂きスタッフが来るまで待ち下さい。