

問診票

～ご記入後、受付または病院スタッフへ提出ください～

1. 以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)。

発熱(37.5°C以上) _____ 日から 最高 _____ °C

➡ 解熱日 _____ 日 本日 _____ °C

のどが痛い せきが出る いき苦しい 体がだるい 関節痛

★ 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか。

未接種 接種済み _____ 回 最終接種日 R 年 月 日

★ 新型コロナウイルスに感染したことがありますか。 いいえ はい 最終発症 _____ / _____

★抗原検査又は PCR 検査をご希望されますか はい いいえ

➡ 抗原検査 PCR 検査

PCR 検査とは…

- ・新型コロナウイルス
- ・インフルエンザ A 型、B 型
- ・RS ウィルス
- ・アデノウィルス
- ・ヒトメタニューモウィルス
- ・ヒトライノウィルス
- ・百日咳
- ・マイコプラズマ
- ・クラミジア

15 種類のウイルスと細菌が 15 分で検出できます

金額は検査料のみ 3 割で約 ¥4580 です(初再診料など他は別)医療費助成の対象です。

抗原検査とは…

- ・コロナウイルス
- ・インフルエンザ A 型、B 型

10 分で検出できます

金額は検査料のみ 3 割で約 ¥1180 です(初再診料など他は別)医療費助成の対象です。

2. 感染症の方あるいは、強く咳込んでいる方と濃厚接触がありましたか

なし あり

症状によってはお車で待機していただく場合があります

2 枚目に続く→

(ふりがな)

氏名 _____ 年齢 (歳) 性別 (男、女)

今繋がる電話番号 _____ - _____ 車の NO _____ -

体重 (kg) ※12歳以下の方のみ記入して下さい。

住所 〒 _____

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

1. 当院は初めてですか？

はい いいえ (いつ頃)

2. ○今日の症状を具体的にご記入下さい (病名ではなく症状で詳しく記入して下さい。)

○いつ頃からですか？

3. 注射や薬による副作用 (じんましんなど)、食物アレルギーはありますか？

ある (薬名又は食品 : 症状 :) ない

4. 今までにかかった大きな病気はありますか？ (入院、手術)

ある () ない

5. 現在、治療中の病気はありますか？

ある () ない

6. 内服中の薬はありますか？

ある () ない

7. たばこは吸いますか？

はい → 1日 : _____ 本 (禁煙 : _____ 年前) いいえ

8. お酒は飲みますか？

はい (頻度 : _____ 1回の量 : _____) いいえ

9. 妊娠していますか？

はい (_____ 年 _____ 月 _____ 日出産予定) いいえ

10. 授乳中ですか？

はい → お子様の年齢をご記入下さい (_____ 歳 _____ カ月) いいえ