

## 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℃以上) \_\_\_\_\_ 日から 最高 \_\_\_\_\_℃



解熱日 \_\_\_\_\_ 日 本日 \_\_\_\_\_℃

☐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 ウイルス   |
| ・アデノウイルス   | ・ヒトメタニューモウイルス    | ・ヒトライノウイルス |
| ・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