

発熱外来 問診票

SP02 : % 体温 : °C

2023年 月 日

ふりがな 氏名		性別	男 女	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ ※マンション名、建物名、部屋番号までご記入ください				
電話番号 (携帯)				職 業	

1) 新型コロナワクチンの接種はされていますか 接種回数 _____ 回 直近の接種年月日 : 20__年__月__日 →ワクチンの種類 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> ノババックス <input type="checkbox"/> その他	□はい	□いいえ
2) 過去 14 日以内に、海外渡航歴がある ✓はいの場合、以下 国と地域 _____ 出国日 : 202__ / __ / __ 入国日 202__ / __ / __	□はい	□いいえ
3) 過去 14 日以内に、感染リスクの高い場所を訪れたり、その機会があった 20__年__月__日 に 訪れた場所や状況 (_____)	□はい	□いいえ
4) 過去 14 日以内に以下に該当する人と接触した場合は✓してください <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 <input type="checkbox"/> 発熱やその他症状のある方 _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日 誰と (_____)	□はい	□いいえ
5) 同居している人はいますか ✓はいの場合 (続柄 : _____)	□はい	□いいえ
6) 検査センター等にて検査をしましたか ✓はいの場合 : <input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> 抗原検査 検査日 _____ 月 _____ 日 どこで (_____) 結果▶	□はい	□いいえ
	□陽性	□陰性
7) 現在、発熱症状がある ✓はいの場合 : _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日 _____ °C	□はい	□いいえ
8) その他の症状がある場合は✓してください _____ 月 _____ 日から _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> だるさ・倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嗅覚・味覚障害 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
9) 治療中または既往歴の病気などはありますか <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患 (COPDなど) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 脳梗塞・脳出血 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 (BMI 30以上) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	□はい	□いいえ
10) 今回の症状で薬を服用していますか (市販薬ふくむ) ✓はいの場合、以下 薬名 (_____) _____ 月 _____ 日から	□はい	□いいえ
11) 定期的に服用している薬はありますか ✓はいの場合、以下 薬名 (_____)	□はい	□いいえ
12) 薬のアレルギーはありますか ✓はいの場合、以下 薬名 (_____)	□はい	□いいえ
13) 喫煙はされますか	□はい	□いいえ
14) (女性の方のみ) 妊娠していますか	□はい	□いいえ
15) (女性の方のみ) 授乳していますか	□はい	□いいえ
16) 希望される検査はありますか (医師判断による為、ご希望に添えない場合もあります。) <input type="checkbox"/> PCR検査 (コロナ) <input type="checkbox"/> 抗原検査 (コロナ) <input type="checkbox"/> インフルエンザの検査	□はい	□いいえ

※医師記入欄	<input type="checkbox"/> 院内検査なし	<input type="checkbox"/> インフルエンザ (+ -)
院内検査	<input type="checkbox"/> PCR検査 (+ -)	<input type="checkbox"/> 抗原検査 (+ -)
	<input type="checkbox"/> 処方なし	<input type="checkbox"/> 処方あり : <input type="checkbox"/> 院内 <input type="checkbox"/> 院外

発熱外来受診を希望される方へ

当院では、一般外来と発熱外来の動線を分け、受診いただいております。

問診票について

- ・ 検査陽性となった場合、保健所へ提出する発生届に必要な事項となりますので全てご記入ください。
- ・ **来院前に記入頂きご持参ください。**（WEB予約時の入力表記上「問診票」となっていますが、注意事項であり問診ではございません。こちらの「問診票」を記入して下さい。）
- ・ プリンターなどが無い方については事前にメモ用紙などに、記入しておき、すぐに**転記できるようにしてから、ご来院ください。**
- ・ 内容をご覧にならずに、来院時に記入頂くと、次の予約の方の受診時間に影響し、他の方が受診出来なくなる可能性もございますので、ご協力のほど宜しくお願いいたします。

ご予約について

- ・ 発熱外来はすべて、**当日WEB予約**となります。
- ・ タクシーや公共機関を使わず、往復、徒歩等で来院可能な方のみ予約可能です。（クリニックに駐車場や駐輪場はございません。）
※例）勤務先から徒歩で来院可能だが、帰り（自宅）は、公共機関利用の方はご予約不可
- ・ 現在、すぐに予約が埋まってしまう状況で、ご不便をおかけしておりますがご了承ください。

来院時の注意事項について

- ・ ご自宅でトイレをすませてからご来院ください。
- ・ **クリニック正面受付には入らずに、クリニックの前で一度、★お電話ください。**
- ・ 発熱外来用の入口をご案内いたします。

持参いただくものについて

- ・ 記入済みの問診票
 - ・ 現金（クレジットカードなどのお取り扱いはございません）
 - ・ 保険証
- ※ 保険証がない方は全額自費（税込み2万円）になりますので、現金をご用意ください。

保険証がある方も、初診料など3~4千円程度お支払がございますので、現金のご用意をお願い致します。

★専用ダイヤル 03-3343-1971 西新宿きさらぎクリニック