

受診日 年 月 日

かなりあクリニック

問診票 (別紙)

※ご家族が陽性など濃厚接触者に該当しますか。(する・しない)

- ご自宅で検査をしましたか。(した結果、陽性/陰性だった・していない)
- 本日は お薬の処方希望がありますか。(あり・なし)
- 過去に新型コロナウイルスに罹患したことがありますか。(ある・ない)
ありの場合 (R 年 月 (初・中・下) 旬頃) およその時期を御記入下さい。
- ①新型コロナ②インフルエンザの抗原検査を希望しますか。(①のみ・②のみ・両方・いいえ)
注) 前回コロナ罹患日によっては①、PCR 検査は実施しないことがあります。
※抗原迅速検査は結果判定が15分前後です。PCR は翌日の夜に結果が判明するため、お知らせは翌日～3日程度です。

氏名 ふりがな 身長 cm 体重 kg
生年月日 (西暦) 年 月 日 年齢 (男性・女性)
現住所 (〒 -)
携帯電話 (固定電話×)

症状について、あてはまるものに○をつけて下さい。

- 発熱 月 日 から
- 咳・痰 月 日 から
- 全身倦怠感 月 日 から
- 頭痛 月 日 から
- 咽頭痛 月 日 から
- その他 () 月 日 から

既往歴 高血圧・糖尿病・呼吸器疾患・心疾患・BMI30以上・その他以下に御記入下さい。

()

現在内服中の薬剤 ()

※Covid-19 抗原・PCR 検査で陽性となった場合、65歳以上 妊婦 重症化リスク (上記既往歴) がある方は、当院から保健所へ報告致します。以下も御記入願います。

ワクチン接種回数 回 (ワクチン未接種の方は0と記入)

最終接種ワクチン (ファイザー / モデルナ / その他) 接種日 年 月

----- 以下医療機関が記入 -----

抗原検査 (+ / -) PCR (鼻咽頭 / 唾液)
インフルエンザ (A / B / -) Sp O2 %

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。
(医療情報・システム基盤整備体制充実加算 (初診時) 加算1 4点 加算2 2点 (マイナ保険証を利用した場合))