

問診票

別紙（記入後はお手元に置き、診察時にご提出願います。）

- ◆ 直近で周囲に感染症の方が（いる → covid19・インフルエンザ A・B / いない）
- ◆ 自宅や他施設で検査をしましたか（施行日 年 月 日 陽性・陰性 / していない）
- ◆ 過去の罹患歴（covid-19 年 月 / インフルエンザ A・B 年 月 / 罹患歴なし）
- ◆ 本日希望される感染症検査（1.新型コロナウイルス抗原迅速、2.インフルエンザ抗原迅速 3.溶連菌迅速、4.アデノウイルス迅速、5. 診察時に必要な検査を希望、6. 検査は希望しない）※流行状況により、検査キット在庫に限りがございます。ご了承ください。

フリガナもご記入下さい
◆ 氏名 (男性・女性)

◆ 生年月日(西暦) 年 月 日 歳 身長 cm 体重 kg

◆ 現住所(〒 -)

都/県/府/道 市/区

◆ 携帯電話 (- -)

◆ メールアドレス @

◆ 本日の受診についてお伺いします。発症日 月 日

◆ 発熱について（今朝・受診時 度 分/最高 度 分）

◆ その他の症状 該当する症状に○を、特に強い症状に◎をつけて下さい。

咽頭痛・頭痛・だるさ・咳・痰・鼻水・鼻づまり・吐き気・嘔吐・下痢・その他()

◆ 既往歴 高血圧・高脂血症・糖尿病・気管支喘息・不整脈・心不全・その他

◆ 内服中の薬剤 (薬手帳をお持ちの場合は、ご提示ください。)

◆ アレルギー症状が出たことのある薬剤・食物がありましたら、ご記入下さい。

-----以下医療機関が記入-----

Flu(+/-)+Cov19(+/-)・Cov19(+/-)・Flu(+/-)・溶(+/-)・adeno(+/-)

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))