

感染外来問診票

- ① ID（当院のIDをお持ちの方）がありましたら教えてください

- ① 住所 を教えてください

_____ 県 _____ 市 _____ 町 _____

- ② 当院へこられる方法（車種等）と時間 を教えてください。

自家用車・ 二輪車・ 徒歩

・ 自家用車の場合：乗車席 運転席・ 助手席・ 後部座席

所要時間 分間

- ③ 御氏名 を教えてください

- ④ 年齢 を教えてください

_____ 歳

- ⑤ 生年月日 を教えてください

_____ 大正 昭和 平成 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- ⑥ 電話番号（携帯等つながるもの）を教えてください

_____ - _____ - _____

- ⑦ 体温 を教えてください

_____ °C

- ⑧ 体重（投薬量等の判断に必要です）を教えてください

_____ kg

- ⑨ 日本語は話せますか？

はい ・ いいえ

- ⑩ 周りに具合の悪い方、インフルエンザ、コロナ感染の方はいますか？

はい ・ いいえ

- ⑪ コロナワクチンは何回接種されていますか？

なし ・ あり 回接種

- ⑫ これまでにかかった大きな病気がありましたら教えてください

⑬ 現在治療中の病気がありましたら教えてください

⑭ いつからどのような症状がありますか？

⑮ これから受ける診察に対するご希望があれば教えてください

⑯ お薬の希望はありますか？

希望します ・ 陽性の場合のみ希望 希望しません

⑰ ご希望の検査内容に○をつけてください。(抗原検査はインフルエンザ、コロナ両用)

抗原検査のみ希望

PCR 検査のみ希望

抗原・PCR 検査両方希望

⑱ たばこは吸いますか？

はい 歳 ~ 歳 1日 本 ・ いいえ

⑲ 【女性の方へ】現在、妊娠又は授乳中ですか？

はい ・ いいえ

⑳ 薬のアレルギーはありますか？

はい ・ いいえ

㉑ この病院をどのように知りましたか？

知っていた ・ インターネット ・ 紹介 () 様 ・ 知人より

ご連絡ありがとうございます

Mail: kansen@mie-enge.jp