スタッフ記入欄　ID(　　)　隔離（　　）　日付

※再診の方も必ず全てご記入ください。当院からの連絡で使用しますので大きくはっきりとご記入ください

※家族で複数人受診した場合でも必ず全ての問診表に記入してください。

ふりがな

氏名　　**男・女**　**職業**（　　）　現在体温　　℃

生年月日　S・H・R　　年　　月　　日（　　歳）携帯電話（　　）

現住所：〒　　-

お子様へお伺いします。　体重　　Kg

飲める形態　□シロップ　□粉　□錠剤　服用について　□1日３回希望　□1日２回希望

女性へお伺いします。妊娠中・妊娠の可能性または授乳中ですか？

□なし　□あり（妊娠可能性あり）　□（妊娠　　ヶ月）　□授乳中（授乳　　ヶ月）

車診察の方は４桁のナンバーと色、駐車場所番号を記入して下さい。駐車場場所の〇の記入もお願いします。

車ナンバー　　車体色　　駐車場場所番号　　（砂利・敷地内駐車場・第２駐車場）

1.どのような症状でご受診ですか？

□発熱　□咳　□倦怠感　□頭痛　□喉の痛み　□息苦しさ　□味覚・嗅覚障害

□その他症状（具体的に：　　）

□家族陽性者（ｲﾝﾌﾙ・ｺﾛﾅ　いつ：　　どなた：　　）

2.症状はいつからですか？（発症日）　　月　　日から　　日間

3.近日中に医療機関または自宅でPCR検査や抗原検査を行いましたか。

□いいえ　□はい　（　　月　　日）　PCR（陰性・陽性・結果待ち）

インフル（陰性・陽性）コロナ抗原（陰性・陽性）

ｺﾛﾅ・ｲﾝﾌﾙの検査を希望しますか？

□いいえ

□はい（　ｺﾛﾅ　・　ｲﾝﾌﾙ　）

※検査実施は医師と相談になります

4.ご家族など身近に咳や発熱などの症状がある方はいますか？

□なし　□あり（具体的に　　）

5.治療中の病気、または既往歴がありますか？

□なし　□あり（病気名：熱性痙攣・高血圧・糖尿病・喘息・緑内障）

（その他病気名：　　）

6.薬により体の異常のあったことはありますか？

□なし　□あり（薬剤名：　　）

（症状：　　）

7.他の病院で処方されている薬はありますか？

□なし　□あり（あればお薬手帳を提出してください）

8.お薬はどちらの薬局で受け取りますか？/ジェネリックでの処方を希望しますか？

□敷地内の薬局(共創未来レイクタウン)　□その他の薬局　/　□希望する　□希望しない

9.PCR検査を実施した場合の結果の連絡先　※必ずご記入ください。

携帯電話（　　）

※裏面も必ずご確認ください

以下はスタッフ記入欄	薬手帳持参　あり　・　なし	薬手帳返却　済　・　未
【検査】 **コロナ**　PCR・抗原(　　) **インフル**　高感度（　　）抗原(　　) **溶連菌**（　　） 結果連絡　　済　・　未	【所見】 SPO2：　　% 鼻：　　喉：　　耳： A)	【処方】 年齢確認 カルテ ラ・カ

問診表

【検査・お薬について】

公費負担がなくなる為、新型コロナウイルスに対する検査は下記お会計がかかります。

（例）初診料＋検査代＋処方せん料の場合

	PCR検査	抗原検査
３割負担	約4,500円	約3,000円
２割負担	約3,000円	約2,000円
１割負担	約1,500円	約1,000円

コロナ陽性になった方の療養中の追加治療もお会計がかかります。

新型コロナウイルス感染症の治療薬（ラゲブリオ・ゾコーバ）はお薬代がかかりま						
ﾗｹﾞﾌﾞﾘｵ：	1割	約9,400円	2割	約18,800円	3割	約28,200円
ｿﾞｺｰﾊﾞ：	1割	約5,200円	2割	約10,300円	3割	約15,500円

診察代、処方箋料は別途かかります。

検査をおこなった方は、車または隔離室でのお会計となるため、通常よりお時間がかかります。
診察後、お車や隔離室でそのままお待ちください。
★お薬が不要な場合は医師に必ずお申し出ください。

理事長　竹村　栄毅

※※必ず裏面もご記入ください※※