

スタッフ記入 ID (_____)	(_____) 診察室
隔 (_____)	Spo2 _____ 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

※PCR 検査をした場合、保健所への連絡の為、家族で複数人受診した場合でも必ずすべての問診用に記入して下さい
 ふりがな _____

氏名 _____ 男・女 職業 _____ 現在の体温 _____ °C

生年月日 S・H・R _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳) 連絡先 (_____)

現住所 〒 _____ - _____

車診察の方は車の4桁のナンバーと色、駐車場所番号を記入して下さい。駐車場はどちらに駐車しているかは○をしてください。

車ナンバー _____ 車体色 _____ 駐車場所番号 _____ (砂利・敷地内駐車場・第二駐車場)

1. どのような症状でご受診ですか？

- 発熱 咳 倦怠感 頭痛
 味覚・嗅覚障害 咽頭痛 息苦しさ
 濃厚接触者 (いつ _____ どなた _____)
 その他 ※具体的にご記入ください (_____)

1ヶ月以内に当院又は他院でPCR検査や抗原検査を受けましたか
 はい いいえ
 1週間以内に無料PCR検査で陽性と出ていますか
 はい いいえ

2. 症状はいつからですか。(発症日) _____ 月 _____ 日から _____ 日間

3. ご家族など身近な人に咳や発熱等の症状がある方はいますか。

なし あり (具体的に _____)

4. 陽性者が発生した施設やイベント、会食など、不特定多数の人と接する機会がありましたか。

なし あり (具体的に _____)

5. 治療中の病気、または既往歴はありますか。

なし あり (病気名 _____)

6. 他の病院で処方されている薬はありますか。

なし あり (あれば薬手帳を提出して下さい)

7. 薬により体の異常のあったことはありますか。

なし あり (具体的に _____)

8. ジェネリックでの処方を希望しますか。(現在服用ない方も選択して下さい)

希望する 希望しない

9. 女性へお伺いします。妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。

なし あり (妊娠 _____ ヶ月) 授乳中 (授乳 _____ ヶ月)

10. お薬はどちらの薬局で受け取りますか。

敷地内の薬局 かかりつけの薬局

11. お子様へお伺いします。

飲める剤形 シロップ 粉 錠剤

体重 _____ Kg

服用について 1日3回希望 1日2回希望

12. コロナワクチンの最終接種日とメカを教えてください。

いいえ はい (_____) 回目 (20 _____ 年 _____ 月 _____ 日) (ファイザー・モデルナ・アストラゼネカ・その他)

13. PCR検査を実施した場合の結果の連絡先 ※必ず正確にご記入ください

携帯電話 (_____)

※裏面も必ずご覧ください

※PCR 検査をした場合、保健所への連絡の為、家族で複数人受診した場合でも必ずすべての問診用に記入して下さい

院内トリアージ管理料について

2020年4月8日から厚生労働省の指示により、新型コロナウイルス感染症であることが疑われ、院内の隔離室やお車での診察をさせて頂いた患者様に対し、下記実施料を算定します。

※2021年10月1日より点数が改訂されました。

院内トリアージ実施料 550点 (3割負担 1650円)

感染のリスクを抱えながら診療にあたる医療者側を支援するための措置ですがもちろん患者様の負担が増えてしまいます。大変心苦しいですが、ご理解頂きますようお願いいたします。

※越谷市こども医療費受給資格証をお持ちの場合ご負担はありません。

PCR 検査を行った方は、お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。

院長 竹村 栄毅

上記を読み、同意しました。

※※必ず裏面もご記入ください※※