発熱している方 対象　問診票

記入日：	年	月	日
ID:			

氏名		性別	□ 男性　□ 女性	年齢	歳

【 体温について 】

現在の体温	℃	発熱又は症状が出現	日から　日まで	最高体温	℃

※以下の症状 ・ 状態　で該当するものに ☑ チェックをして下さい。また、下線や（　）内に○やご記入をお願いします。

【 現在の症状 】

□ のどの痛み
□ 咳が出る
□ 痰が出る
□ 息苦しい
□ 体がだるい
□ 寒気
□ においがわからない ・ わかりにくい
□ 鎮痛剤 ・ 解熱剤 ・ 風邪薬 を服用している
□ 頭痛
□ 鼻水 ・鼻づまり
□ 関節痛 ・ 筋肉痛
□ 腹痛
□ 発疹
□ 下痢
□ 吐き気 ・ 嘔吐
□ 飲めない
□ 食べられない
□ 味がわからない ・ わかりにくい
□ その他の症状あり

【 症状出現後の検査について】

1） コロナやインフルエンザまたは他感染症の検査をしたか　□ はい　□ いいえ

・上記検査 はいつ頃か　（　　）

2） 最近ご家族 ・ 身近にコロナやインフルエンザまたは他感染症と診断された方はいるか

□ はい　□ いいえ　（ いつ ・誰が　　）

【 その他 】

1） 過去の治療（手術）、現在治療中の病気・健診などでなにか指摘されたことがあるか。

①なし　②あり回答の方→ （ 高血圧・心臓病・糖尿病・脳出血・脳梗塞・前立腺肥大・喘息・がん ）

②あり　上記以外

2） お薬手帳はあるか　（ 薬を飲んでいる場合は薬名をご記入ください ）

□ ある　□ ない　薬名：

3） アレルギーはあるか、また薬や食品で具合が悪くなったことがあるか。

①なし　②あり回答の方→　薬名：

②あり　食品・その他：

4） 女性の方へ妊娠の可能性はあるか

□ ない　□ ある　□ わからない

5） 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。

あなたは輸血を受けてもよいですか？

□ はい　□ いいえ

【 患者さまへお願い 】

発熱外来に受診した場合、基本的にコロナやインフルエンザの検査は必須となります。

ご理解いただきました上での受診をお願いいたします。

※ 具合が悪く横になりたい方、または車イスが必要な方はお申し出ください。

2025年4月1日改訂
医療法人社団　嵐川　大野中央病院
HP用

■この１年間で特定健診または高齢者健診を受診しましたか。

受診していない
受診した　　（受診月　　年　　月）
→　健診結果で指摘事項はありましたか。
　　な　し　・　あ　り　（指摘内容：　　）

■マイナ保険証による診察情報取得に同意しますか。

同意する　・　同意しない　・　マイナ保険証を持っていない

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いたします。

『医療情報取得加算』を算定しております。
初診時　：　１点　　再診時（３月に1回）　：　１点
１点は１０円です。総診療点数により負担金が変わります。

◇◇　この頁は、ご説明となりますので印刷・提出は不要です　◇◇

発熱等のかぜ症状のある方　対象の問診票です

ただし、**完全予約制**です。
受診当日、必ずお電話にて予約をお願いします

発熱外来　月曜日　～　金曜日　（祝日除く）
14時～
予約受付　当日8時30分から電話にて受付

また、①②の方は、**診療申込書**も同様に印刷、記入し受付時に提出ください
①初めて受診をされる方
②久しぶりの受診の方　　*6か月以上、受診のない方

健康保険証のご提示も必要となりますので、お忘れなくお持ちください
＊マイナンバーカードも対応可能です

＊記入の際に不明点がありましたら、来院時に受付時にご確認ください