

クリニック記入欄

体温 _____ °C SPO₂ _____ %

新型コロナ 抗原 【陽性・陰性・判定不能】

新型コロナ PCR 【陽性・陰性】

インフルエンザ抗原 【陽性・陰性・判定不能】

問診票（発熱外来用）

以下の内容（太枠は必須）をご記入ください

月 日

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅：（ ）		携帯： - -			
感染症の検査を希望されますか？（※裏面をお読み頂き、ご署名をお願いします。） 新型コロナウイルス <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> クリニックの判断に任せる インフルエンザウイルス <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> クリニックの判断に任せる						

1. 以下の症状がありますか？ <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 息苦しさ <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 筋肉痛・関節痛 <input type="checkbox"/> 頭の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の低下 <input type="checkbox"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 胸の痛み <input type="checkbox"/> 動悸 <input type="checkbox"/> 背中・おなかの痛み <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 手足の痛み <input type="checkbox"/> 腰の痛み <input type="checkbox"/> 頻尿 <input type="checkbox"/> 排尿時の痛み <input type="checkbox"/> その他（ ）	
2. その症状はいつ頃からありますか？ 本日（ ）時から （ ）日前から （ ）週くらい前から	
3. 1週間以内に新型コロナ・インフルエンザ陽性者（疑いを含む）と濃厚接触がありましたか？ 新型コロナ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり（その状況： ） インフルエンザ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり（その状況： ）	
4. 新型コロナウイルスワクチンの接種状況について教えてください。（分かる範囲で結構です） 接種の回数 : 回 直近の接種 : 年 月 日 ワクチンの種類 【ファイザー・モデルナ・その他】	
5. 現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病名（ ） 病院名（ ）
6. 以下にあてはまる重症化リスクがあれば教えてください。（分かる範囲で結構です） <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 肺気腫 <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 免疫機能の低下（免疫抑制剤や抗がん剤等）	
7. 現在飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬のなまえ（分かる範囲で結構です） （ ）
8. 薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	薬や食べ物のなまえ （ ）
9. （女性の方のみの質問） 妊娠・授乳中ですか？	妊娠： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり（ カ月） 授乳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 歳 カ月）

※ **新型コロナ・インフルエンザウイルス感染症の検査を希望される方へ**

【新型コロナ感染症の検査について】

※ 通常実施する検査は「**抗原検査**」です。

「**抗原検査**」とは、ウイルスの構成成分であるタンパク質を特異的な抗体を用いて検出する検査方法です。
PCR 検査と比べると短時間で結果が判明しますが、発症初期には検査の精度がやや落ちることがあります。

※ 状況に応じて「院内 PCR 検査」「唾液 PCR 検査(外部検査機関に依頼)」を実施します。

※ 検体は患者さんご自身に原則採取して頂きます。

【インフルエンザ感染症の検査について】

※ 実施できる検査は「**抗原検査**」になります。

※ 検体は患者さんご自身に原則採取して頂きます。

【費用について】

※ 2023 年5月8日～ 5類感染症への移行により費用の**自己負担**が生じます。

費用は検査費用及び判断料を合算したもので保険診療に規定されている費用になります。

コロナ PCR	8500 円 の1~3割負担	約 850~2550 円
コロナ抗原検査	4440 円 の1~3割負担	約 440~1330 円
インフルエンザ抗原検査	2800 円 の1~3割負担	約 280~ 840 円
コロナ&インフルエンザ同時抗原検査	5640 円 の1~3割負担	約 560~1690 円

上記につき同意頂きますか？

はい いいえ (※同意頂けない場合には検査をお請けしかねます。)

署名欄 _____

※ 患者さん本人が未成年の場合は【**保護者**】の方の情報も以下に記入をお願いします。

フリガナ		
保護者氏名		
住所	<input type="checkbox"/> 患者と同じ	<input type="checkbox"/> 患者と異なる ()
電話番号	自宅：()	携帯： - -

※ ご協力ありがとうございました。



糖尿病・甲状腺
加木屋たけうち内科