

**クリニック記入欄**

体温 \_\_\_\_\_ °C SPO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

新型コロナ抗原 【陽性・陰性・判断不能】 PCR 検査

インフルエンザ抗原 【陽性・陰性・判断不能】

PCR 結果説明(陽性・陰性)  HER-SYS 登録(要・不要)

**問診票 (発熱外来用)**

以下の内容をご記入ください

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： - -			

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"/> 強いだるさ <input type="checkbox"/> 頭の痛み <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の低下 <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. 2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. 職業を教えてください	なし・あり( ) (答えられる範囲で結構です)
6. 現在治療中の病気	病名( )
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	病院名( )
7. 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)	
8. 現在飲んでいる薬	薬のなまえ(分かる範囲で結構です)
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	( )
9. 薬のアレルギー	薬や食べ物のなまえ
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	( )
10. (女性の方のみの質問)	妊娠： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 可能性あり <input type="checkbox"/> あり ( 月)
妊娠・授乳中ですか？	授乳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 歳 月)
11. 新型コロナウイルス感染症の検査を希望されますか？	
<input type="checkbox"/> はい(※裏面をお読み頂き、ご署名をお願いします。) <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	

※ **新型コロナウイルス感染症の検査を希望される方へ**

**【新型コロナウイルス感染症の検査について】**

- ※ 当日に当院で実施可能な検査は「**抗原検査**」になります。
- ※ 「**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、検査の精度がやや落ちる(特に発症初期)ことがあります。
- ※ 医師の判断により「**PCR 検査**」が望まれる場合、検査を実施し外部検査機関に依頼します。
- ※ 結果の説明(電話再診になります)は【**翌日~2日後の当院診療日**】になります。
- ※ 検体は患者さんご自身に採取して頂きます。
- ※ 医学的根拠がある場合には、保険診療で検査を行います。
- ※ 保険診療にて検査する場合には、検査費用自体は無料です。
- ※ 医学的根拠がないにも関わらず、患者さん・職場都合等で検査を希望する場合には自費検査になります。流行期には自費検査をお受けできないこともあります。
- ※ 新型コロナウイルスの検査が陽性の場合、感染症法に基づき保健所に報告します。それによる不利益についてはクリニック側では責任を負いかねます。

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