

問診票



ふりがな

名前

生年月日 ( 歳 ) 男 ・ 女

住所：〒

携帯番号(来院された方の)：

( 本人 ・ 父 ・ 母 )

体温

体温 \_\_\_\_\_ °C

現在の体重(薬の量の関係)

\_\_\_\_\_ kg

シロップ 粉薬 錠剤 (希望のものに**チェック**して下さい。)

①、どのような事で受診されましたか？ ( 具体的に記入して下さい。 )

(例 3日前～熱、咳、鼻水、下痢、2日前から咳込み、昨日解熱した。等)

Large empty bracketed area for writing the answer to question 1.

②、周囲で流行している感染症はありますか？又は1週間以内に同居の方で体調不良者はいませんか？

はい ・ いいえ ( どこで、病名 どなたが、症状 )

③、1週間内にコロナやインフルエンザ検査しましたか？

はい ・ いいえ ( いつ頃？ 結果はどうでしたか？ )

④、他院で薬貰っていますか？(例 ムコダイン、アスピリン 残2日分 等 詳しく記入して下さい。)

⑤、今までにかかったことのある病気はありますか？

それはいつ頃ですか？(例 R4.1 2月コロナ、突発性発疹、高血圧、糖尿病、等)


⑥、医師へ相談したいこと

⑦、薬のアレルギーありますか？

⑧、女性の方へ

妊娠中  授乳中

車種(色)： \_\_\_\_\_ ナンバー： \_\_\_\_\_

 記入が済みましたら当院までお持ち下さい。

当院は長野県から指定されたコロナ感染症に関する「診療・検査医療機関」です。  
令和2年4月8日付で厚生労働省より、必要な感染予防対策を講じたうえで、  
発熱や風邪症状がある患者様が当院を受診された際は、通常の診察料の他に  
【院内トリアージ実施料】として300点、【二類感染症患者入院診療加算】250点(3割負担で1,650円相当)  
の算定を行う通知があり、算定させていただいております。

