

問診票

体温



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 _____℃

現在の体重(薬の量の関係)

_____ k g

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すか? (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)

[Empty space for patient response]

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すか?

どこで、病名 どなたが、症状

はい・いいえ

③、1週間内にコロナやインフルエンザ検査しましたか?

いつ頃? 結果はどうでしたか?

はい・いいえ

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 R4.12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。