

問診票（コロナ・PCR）



おおくぼ総合内科クリニック

OHKUBO MEDICAL CLINIC of general internal medicine

200831 T.OHKUBO

コロナの検査は無症状～保険診療上適応外と判定された方については原則自費での対応となります。
PCR検査の結果は遅延なくば2日後の午前中に到着、報告書は3日目の午後。迅速検査は1時間後に報告可能です。
原則この問診を受ける方は指示された隔離期間（無症状者については結果が出るまで）は、公共の乗り物や店舗、閉鎖空間への出入りをできる限り避け、やむを得ない場合はマスク着用等可能な対応を怠らないようお願いします。

再診の方はお名前のみで結構です。

フリガナ		生年月日	昭・平・令	年	月	日
氏名		性別・年齢	男・女			歳
住所	〒					
電話番号	自宅	：	（	）	携帯	：
職業		領収書宛名				

希望に沿った診療を行うためですので、お手数ですが、該当する口に☑をお願いいたします。

受診10日以内に …	<input type="checkbox"/> 37度を超える発熱あり	<input type="checkbox"/> 明らかな倦怠感あり	来院時体温	（	）	℃
			小学生以下の方は体重も教えてください			
			体重	（	）	kg
症状 …	発症日	☑（	）	から	■（	）
						から [二段階に発症した場合は■で記載追加]
<input type="checkbox"/> 発熱	最高	（	）	℃	<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> だるさ
<input type="checkbox"/> 咳	（ <input type="checkbox"/> 夜～朝方に咳き込む）	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> のどが痛い	<input type="checkbox"/> 声が出ない	
<input type="checkbox"/> 食欲がない	<input type="checkbox"/> はきけ～嘔吐	<input type="checkbox"/> おなかの痛み	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 発疹		
<input type="checkbox"/> 胸の痛み	<input type="checkbox"/> 息苦しさ	<input type="checkbox"/> 目やに・目の充血	<input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚の低下			
その他	{					}
感染者との接触歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 濃厚接触あり <input type="checkbox"/> 接触あり <input type="checkbox"/> cocoaのみ					
	接触のあった方は最終接触の日付をお知らせください。（					
	月					
	日）					
検査の希望	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 唾液PCR <input type="checkbox"/> 鼻咽頭PCR					
	<input type="checkbox"/> 鼻咽頭迅速抗原検査 <input type="checkbox"/> 相談して決めたい					
唾液検査には唾液5mLほど必要ですが、難しそうな方は事前にお知らせください。	<input type="checkbox"/> とれそう <input type="checkbox"/> 難しい <input type="checkbox"/> わからない					
すでにPCR検査を過去に行っている方は施行日と結果をお知らせください	月					
	日					
	施行					
	結果 <input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性					
診断書記載希望	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> PCR報告書のみ欲しい					
	<input type="checkbox"/> 陰性証明書（無症状者限定、税抜き500円）					
	<input type="checkbox"/> 診断書希望（有症状者、税抜き3000円）					
現在飲んでいる薬～来院までに他でもらった薬	薬のなまえ					
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒						
処方希望する薬	<input type="checkbox"/> 総合感冒薬		具体的に処方してほしい薬			
	<input type="checkbox"/> 咳止め					
	<input type="checkbox"/> 鼻水止め					
	<input type="checkbox"/> 熱さまし・痛み止め					
	<input type="checkbox"/> 痰をやすくする薬		処方をさけてほしい薬 <input type="checkbox"/> 粉薬			
	<input type="checkbox"/> 抗生剤					
	<input type="checkbox"/> 喘息の薬					

以下は初診の方のみご記載ください。

治療中の病気	病名	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 心臓病
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒		<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> 不整脈	
	その他	{			
		}			
過去にかかった大きな病気	病名	{			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒		}			
薬・食べ物のアレルギー	該当する薬や食べ物のなまえ	{			
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒		}			
喫煙	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やめた	（	）	まで	（
		）	本/日	×	（
		）	年間		
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒	（	）	カ月	授乳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒
		）	（	）	歳
			カ月		

* ご協力ありがとうございました。