

# 風邪・発熱・感染症問診票

感染拡大を防ぐために問診票の記入をしていただいています。  
ご理解とご協力のほどよろしくお願いいたします。

記入日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			
勤務先			
来院時の体温(職員記入)	( )℃	<input type="checkbox"/> 匿名を希望の方はチェックして下さい	

1) 発熱はありましたか？

- はい (最高値： °C いつ： 月 日 時頃)  
 いいえ

2) 以下の症状はありますか？

- のどの痛み  鼻水  咳  たん  息苦しさ  
 強いだるさ(倦怠感)  匂いがわかりにくい(嗅覚障害)  味がわかりにくい(味覚障害)  
 吐き気・嘔吐  下痢  その他( )

3) 2週間以内に新型コロナウイルス陽性(疑いを含む)の方と濃厚接触がありましたか？

- はい  いいえ  わからない

(「はい」を選んだ方へ) 状況を具体的に教えてください。

( )

4) 今回の症状が出る前の2週間以内に海外に行きましたか？

- はい (国名をご記入ください： )  
 いいえ

5) 新型コロナウイルス感染症の検査を希望されますか？

- 抗原： はい  いいえ ★感度はやや低いですが、当日5分で判明します。鼻の奥から採取します。  
PCR： はい  いいえ ★感度は高いですが、翌診療日に電話での報告になります。唾液で測定します。  
 まだ決めていない

6) (マイナ保険証を用いる場合)マイナ保険証による診療情報取得に同意いただけますでしょうか？

- はい  いいえ

ご協力ありがとうございました

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。