

<発熱外来問診票>

PCR 検査の希望 有 or 無

お薬の希望 有 or 無

ふりがな：

問診票記載日：2023 年 月 日（ ）

氏名： 年齢： 才 携帯番号：

生年月日： 年 月 日生 性別： 車のナンバー：

住所：〒

該当するものに、○をつけてください。また、記入箇所にご記入下さい。

1. 発熱（現在： °C） ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり
頭痛 ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 息苦しさ ・ 発疹 ・ 強いだるさ（倦怠感）
においを感じにくい、または、感じない ・ 味を感じにくい、または、感じない
その他（ ）

2. その症状や発熱は、いつからですか？
（ ）

3. 現在治療中の病気、または、該当する項目ありますか？
悪性腫瘍 ・ 慢性呼吸器疾患 ・ 慢性腎臓病 ・ 心血管疾患 ・ 脳血管疾患 ・ 高血圧
糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 免疫機能の低下 ・ その他（ ）

4. インフルエンザワクチン予防接種について
2023 年 10 月以降 → 接種済（接種日： 月 日ごろ） or 未接種

5. 新型コロナワクチン予防接種について
ワクチン接種回数： 0 回 ・ 1 回 ・ 2 回 ・ 3 回 ・ 4 回 ・ 5 回 ・ 6 回 ・ 7 回 ・ 不明
直近のワクチン接種日：（2021 ・ 2022 ・ 2023 年 月 日） ・ 不明

6. 家族や職場で発熱者またはコロナ陽性者はいますか？ → いる or いない

まずはお電話で受入予約状況をご確認ください。ご予約出来た方は、問診票ご記入頂き
FAX（049-277-1222）又はメール送信（omc-ijika@bz01.plala.or.jp）をして下さい。
保険証確認も行いますので、保険証の FAX 又はメール送信（写真）をお願いします。

※問診票にご記入頂いた情報は、診療を行う目的以外には使用致しません※

越生メディカルクリニック 2023.10.28