

<発熱外来問診票>

コロナ・インフルエンザ抗原検査の希望 有 or 無

お薬の希望 有 or 無

ふりがな

住所: 〒

氏名: 年齢: 才 携帯番号:

生年月日: 年 月 日生 → 本人 or 同伴者

車のナンバー: (車種): (色):

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. 家族や職場で発熱者やコロナ陽性者やインフルエンザ陽性はいますか？

→ いる (コロナ・インフルエンザ・不明) 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※