

発熱問診

紹介状：有・無

CD：有・無

マイナ保険証同意：有・無

(PDF) 医事課記載：一般・職員・同居職員家族・職員家族・その他（ ） SPO2：
外来記載：問診入力・検査指示依頼・検体採取・SPO2入力

患者ID： ※赤字は漏れなくご記入ください
患者氏名： 年齢： 歳 体温：
携帯No： 駐車場No、
待機場所： 院内 車内待機 ⇒ 車種： 色： 車ナンバー：

*発熱・風邪症状の患者様はコロナ検査をさせていただきます

*インフルエンザ検査は希望された方のみ実施します。(下記○して下さい)
希望する しない

- 1, 本日どのような症状で受診されましたか？ 発熱や風邪症状 それ以外の症状
- 2, コロナ感染歴：無 有 (年 月 日)
- 3, コロナワクチン接種の有無：無 有 (回)
- 4, 妊娠の有無：有 無
- 5, 既往歴：なし 悪性腫瘍 慢性呼吸器疾患 慢性腎不全 心血管疾患 肥満
高血圧 脳血管疾患 糖尿病 脂質異常 臓器移植や免疫機能低下
その他 ()
- 6, 喫煙歴：有 無
- 7, 簡易キット検査が「陽性」で当院を受診された方のみ下記の記入もお願いします
●いつ検査されましたか？： 年 月 日
●受診目的を下記の①～④から選択して下さい？*①は当院での検査は不要です
①症状に対する薬希望 ② コロナの治療薬希望 (コロナ再検査必要)
③陽性証明など必要 (コロナ再検査必要) ④その他 ()

7日以内に下記の症状があればチェックを入れて下さい

	はい	いいえ
1) 37.5度以上の発熱があった いつから () (度)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) 味・においがしない いつから ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) 息苦しさ・息切れがある いつから ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) 風邪症状がある (咳、鼻水、喉の痛み) いつから ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) コロナ患者や濃厚接触者との接触がある 接触者との関係性： 同居者 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
①頭痛はありますか？ いつから ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
②強いだるさはありますか？ いつから ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③下痢はありますか？ いつから ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④7日以内にコロナ感染歴がありますか？ いつ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) その他に症状はありますか？ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 1年以内に特定健診の受診はありますか？ (40歳以上の方のみ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算→マイナ保険証利用時には加算点数が下がります。172

高砂西部病院 外来

2024.5.9 改定