

## 雪月花メディカルクリニック 発熱外来専用問診票

フリガナ \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 診察券 No. \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ 生年月日 S ・ H ・ R \_\_\_\_\_ 年 月 日  
郵便番号 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

検査結果の伝達は Web 上にて行いますため、結果ページにログインするためのパスワードを決めてください。  
パスワードの変更は不可能なため、西暦生年月日や携帯番号末尾など、忘れにくい番号に設定してください。

\_\_\_\_\_ ※ 半角数字のみ 8 桁 で丁寧に記載してください。

医師の診察の前に、以下の項目の記載をお願いします。該当する□の中に✓マークをつけてください。

● 体温（受付にて測定） \_\_\_\_\_ °C

● 現在の症状 ……最初に症状が出現したのはいつですか（ \_\_\_\_\_ ）

- 発熱（最高 \_\_\_\_\_ °C いつ： \_\_\_\_\_ ）  
 のどの痛み  頭痛・関節痛  せき  たん  
 息苦しさ  味覚・嗅覚障害  下痢や嘔気など、おなかの症状  
 その他（ \_\_\_\_\_ ）  市販検査キットによる新型コロナ陽性判定  なし

● 新型コロナ感染者との濃厚接触はありましたか。

- なし  あり（同居人・職場・その他）

● 新型コロナワクチン接種の有無

- なし  あり（ \_\_\_\_\_ 回）

● 既往歴・現病歴（過去にかかった病気と、現在治療中の病気）

- ぜんそく（いつ： \_\_\_\_\_ ）  花粉症  肺炎  その他（ \_\_\_\_\_ ）

● 現在、定期的に飲まれている薬はありますか。

- なし  あり（薬の名前： \_\_\_\_\_ ）

● 今までに、薬によるアレルギーの症状を自覚したことがありますか。

- なし  あり（薬の名前： \_\_\_\_\_ ）

★女性の方のみ★ ● 現在、妊娠の可能性はありますか。また、授乳中ではないですか。

- なし  あり（ \_\_\_\_\_ ヶ月）  授乳中

● 当院をどちらでお知りになりましたか。

（ \_\_\_\_\_ ） ↓裏面にも記載事項あり↓

## 発熱外来における注意事項・同意書

当院は、東京都福祉保健局指定の、新型コロナウイルス感染症に係る外来対応医療機関となります。  
そのため、新型コロナウイルス感染症の5類への分類変更後も、  
厚生労働省、および東京都の指針に基づく診療が義務付けられています。

- 37度以上の発熱がある方
- のどの痛み・頭痛・せき・たん・息苦しさなどの、感冒（かぜ）症状がある方
- 味覚障害・腹痛・下痢・非特異的な皮疹などの、新型コロナウイルス感染を疑う症状がある方
- 市販の抗原検査キットや、民間検査機関が実施したPCR検査にて、新型コロナ陽性判定の方

当院では、上記に一つでも当てはまる方は、通常患者様とスタッフへの感染防止のため、  
指定された診療エリアを用いる発熱外来にご案内させていただいております。

① 発熱外来においては、指定医療機関としての診療に対する責任保持と、  
防疫の義務遂行のため、医師が必要と判断した場合には、  
新型コロナや季節性インフルエンザに対する、PCR検査や抗原検査を実施いたします。  
(医療機関以外にて実施した、精度が不明な検査における陽性判定の場合でも同様です)  
身体症状や臨床所見によっては、血液検査やCT検査を追加で行う場合があります。  
症状があるにも関わらず、医学的に正当な理由がなく、必要な検査等を拒否される方や、  
風邪薬や解熱剤のみの処方をご希望の方の診療は、一切お断りさせていただきます。

② PCR検査の感度は、技術的な理由により、70%前後と考えられております。  
これは、感染者10人に対する検査において、3人の見落としが出ることを意味します。  
当院では、実施した検査の感度・特異度・陽性的中率などの検査精度に関して、  
一切の保障をいたしかねます。

③ 2023年5月8日の、新型コロナウイルス感染症の5類感染症への分類変更に伴い、  
PCR検査や抗原検査にかかわる費用の公費適用は終了しており、  
通常診療と同様の、健康保険における自己負担が発生いたします。  
また、必要な感染予防策を講じた上での診療報酬として、院内トリアージ実施料が加算されます。  
検査結果に基づく診断書の作成は可能ですが、文書作成費用は3300円(自費・消費税込)となります。

上記①～③をご理解いただいた場合、数字左の□欄にチェックマークの記載をお願いいたします。

- 私は、上記①～③の内容をすべて理解した上で、  
貴院の診療方針に従うことに同意いたします。
- 検査の実施、およびその結果に関連したあらゆる事項に関して、  
貴院の責を問わぬことを約束いたします。

日付 年 月 日

ご署名