

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

- 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院内感染の予防のため、
指定された診療エリアを用いる「**発熱外来**」に誘導させていただいております。

① 発熱外来においては、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。

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、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