

令和 ____年 ____月 ____日

雪月花トータルクリニック 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 _____

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）： _____℃

●現在の症状 …… 最初に症状が出現した日： ____月 ____日

- 発熱（最も高かった体温： _____℃ その日時： ____月 ____日 ____時ごろ）
 のどの痛み・腫れ 頭痛・関節痛 せき たん
 息苦しさ 味覚・嗅覚障害 腹痛・下痢・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の有無

●新型コロナワクチン接種の有無

- なし あり（同居人・職場・その他） なし あり（ ____回）

●既往歴・現病歴（過去にかかった病気、または現在治療中の病気）

- ぜんそく（ ____歳時） 花粉症 肺炎 その他（ _____ ）

●現在、定期的に使われている薬はありますか？

- なし あり（薬の名前： _____）

●薬のアレルギーはありますか？

- なし あり（薬の名前： _____）

★女性の方のみ★ ●現在、妊娠している可能性はありますか？ もしくは授乳中ではないですか？

- なし あり（ ____ヶ月） 授乳中

発熱外来における注意事項・同意書

当院は「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」に基づき、東京都と医療措置協定を締結した上で、発熱外来を設置する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求められています。

当院では、以下のいずれかに該当する患者様はすべて、通常患者様への感染防止のため、発熱外来でのご対応とさせていただきます。

- 現在 37 度以上の発熱がある方、もしくは 1 週間以内に 37 度以上の発熱があった方
- のどの痛みや腫れ・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・嗅覚障害・腹痛・下痢などの、感染症を疑う症状がある方
- 他院での検査、もしくは市販の抗原検査キットにて、感染症の陽性判定の方

発熱外来においては、医療措置協定締結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、身体所見と感染症の流行状況に応じて、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にも行います）
高熱を認める場合には血液検査を行う場合があります。
肺炎を疑う場合には関連医療機関に CT 検査を依頼する場合があります。

感染症を疑う症状が存在するにも関わらず、
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。

上記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。

日付

_____年 _____月 _____日

ご署名
