

| | | | | | | | |
|------|---|-----|------|----------------|---|---|---|
| フリガナ | | | 生年月日 | 大正・昭和 平成・令和 | 年 | 月 | 日 |
| 名前 | | 男・女 | | | | | |
| 住所 | 〒 | | 電話番号 | - | | | |

・本日はどのような症状で受診されますか？該当する項目に記入してください。

- | | |
|--|--|
| 1) これまでにかかった病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名：_____) | 4) 風邪薬や花粉症のお薬等で眠気を起こしやすいですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) |
| 2) 現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(病名：_____) | 5) アレルギー(薬・食べ物)を起こしたことはありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) |
| 3) 現在内服中の薬(市販薬を含む)はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(薬品名：_____) | 6) 女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(妊娠中・授乳中) |

※小児は以下も必ず記入ください

体重： _____ kg 薬希望： 粉 ・ シロップ ・ 錠剤

- 【受診目的】 PCR検査希望 抗原検査希望
診察・処方のみ希望 インフルエンザ検査希望

【現在の体温： _____℃】

【症状】※症状のある方は下記に詳細を記載ください。

(いつから： _____)

- | | | | | |
|---|--|-----------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 発熱(最高 _____℃) | <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 鼻水 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり | <input type="checkbox"/> のどの痛み |
| <input type="checkbox"/> 息苦しい | <input type="checkbox"/> 胸痛 | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> だるさ | <input type="checkbox"/> 下痢 |
| <input type="checkbox"/> 吐き気(いつから： _____) | <input type="checkbox"/> 嘔吐(いつから： _____) | | | |
| <input type="checkbox"/> その他(_____) | | | | |

【PCR検査と抗原検査の違いについて】

| | 精度 | 結果判明時間 | 検査方法 | 費用 保険3割負担で |
|-------|----|--------|-----------------|---------------|
| 抗原検査 | 低い | 約20分 | 鼻の奥まで (少し痛い) | 4,000円弱 |
| PCR検査 | 高い | 翌診療日以降 | 鼻の入口 (痛くない) | 5,000円弱 |

※PCRと抗原の検査を両方実施する場合は6,000円ほどかかります。

※PCR検査結果は診察券番号を非公開HPに一覧で表示されます。



PCR結果の見本

書き終わった方は受付にこの問診票をご提出して診察をお待ちください。