

事務使用欄

☐ :	NO.
☐ 検査 K・P ☐ なし	

問診票(かぜ症状のある方)

受診日: 年 月 日

◆氏名:

◆現在の体温:℃

1:熱はありますか。

☐いいえ

☐はい(☐本日から ・ ☐ 日前から、最高℃)

2:下記に該当する症状はありますか。該当する症状をチェックしてください。

☐該当する症状なし

☐該当あり (いつからですか:)

☐鼻水 ☐喉の痛み ☐咳 ☐倦怠感 ☐頭痛 ☐寒気 ☐筋肉痛 ☐嘔吐 ☐吐き気

☐下痢 ☐腹痛 ☐息苦しさ ☐息切れ ☐味覚異常 ☐嗅覚異常 ☐食欲不振、低下

3:その他、気になる症状はありますか。

(.....)

4:アレルギーや現在服用しているお薬がありましたらご記入ください。

※お薬手帳をお持ちの方はご提示をお願いします

(アレルギー:)

(服用中の薬:)

5:当院での検査希望はありますか。

☐いいえ ☐はい (☐抗原検査 ・ ☐PCR 検査→結果は翌日にお電話でのご連絡になります)

※費用について(検査単独での金額です・保険適用にて3割負担の場合)

☆ 抗原検査:コロナウイルスとインフルエンザ同時検査)・・・1.820 円

☆ 抗原検査:コロナウイルスのみ・・・1.410 円

☆ 抗原検査:インフルエンザのみ・・・920 円

☆ PCR 検査:コロナウイルスのみ・・・2.600 円