

事務使用欄

<input type="checkbox"/> :	NO.
<input type="checkbox"/> 検査 K・P	<input type="checkbox"/> 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・・・1,350円

◇ 抗原検査:コロナウイルスのみ・・・960円

◇ 抗原検査:インフルエンザのみ・・・900円

◇ PCR 検査:コロナウイルスのみ・・・2,600円