～･～･～･～･～･～･～･～･～発熱外来問診票～･～･～･～･～･～～･～･～

フリガナ

氏名：　　様　　年齢：　　才

携帯電話：　　（　　）

1.本日の体温（　　）度

2.一番初めに出た症状をお知らせ下さい

→発熱／咽頭痛／痰／咳／頭痛／その他

（　　）

3.それはいつからですか？

（　　）

4.現在の症状をお知らせ下さい

→発熱／咽頭痛／痰／咳／頭痛／その他

（　　）

5.コロナ感染者や発熱・風邪症状の人との接触はありましたか?

→はい／いいえ

（　　）

6.コロナワクチン接種回数（　　）回

7. 現在、持病はございますか？

→ない／ある

（　　）

8.過去に大きなご病気の経験はございますか？

→ない／ある

（　　）

9.**症状緩和のための薬**は希望されますか？　→はい／いいえ

10.ご本人様以外の連絡先をお教え下さい

（　　）

11.お車での来院は可能ですか？　→はい／いいえ

12.保険証に変わりがございますか？　→はい／いいえ

13.保険証を FAX でご提示いただく事が難しい方は、ラインでのご提示が必要となります。

ラインでの提示に　→同意します／同意しません

※検査時間：午前の方は 12 時～12 時 30 分、午後の方は 17 時 30 分～18 時の予定です。

※検査費用は有料です。ラインを通してお会計等のご案内があります。

※ライン未登録の方は本日中の登録が必要となります。登録でお困りの方はQRコードを掲載した用紙もご用意しております。必要な方はお知らせ下さい。

鶴川内科クリニック　FAX : 042-734-1961