ID:　　Day:　　/　　No:

～･～･～･～･～～･～･～･～･感冒症状用問診票～～･～･～･～～･～･～･～･～

フリガナ

氏名:　　様　　年齢:　　才

携帯電話:　　(　　)

1.本日の体温(　　)度／最高(　　)度／平熱(　　)度←必要に応じて

2.一番初めに出た症状とその時期をお知らせ下さい

→発熱／咽頭痛／倦怠感／関節痛／悪寒／頭痛／咳／下痢／腹痛／他(　　)

(　　)

4.現在の症状をお知らせ下さい

→発熱／咽頭痛／倦怠感／関節痛／悪寒／頭痛／咳／下痢／腹痛／他(　　)

5.濃厚接触者として思い当たる事はございますか?

→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

※小森薬局様へ個人情報(保険証情報・電話番号)を提供しても構わないでしょうか？

→はい／いいえ

10.ご本人様以外の連絡先をお教え下さい。

☎(　　)/続柄＆お名前(　　)

11.お車での来院は可能ですか？　→はい／いいえ

12.保険証に変わりはございますか？　→はい／いいえ

※変更のある方へ:

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

→ラインでの送信に、 同意します／同意しません

～当院からの説明事項～

※検査に関する重要事項が HP に掲載してあります。必ずご確認の上、お越し下さい。

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

※検査費用は有料です。現金支払い・銀行振込み方法をラインにてご案内いたします。

※ラインは本日中にご登録下さい。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