

雪月花メディカルクリニック 発熱外来専用問診票

フリガナ _____ 性別 男 ・ 女 診察券 No. _____
氏 名 _____ 生年月日 S ・ H ・ R _____ 年 月 日
郵便番号 _____ 住所 _____
電話番号 _____ e-mail _____

検査結果の伝達は Web 上にて行いますため、結果ページにログインするためのパスワードを決めてください。
パスワードの変更は不可能なため、西暦生年月日や携帯番号末尾など、忘れにくい番号に設定してください。

_____ (半角数字のみ 8 桁で丁寧に記載してください)

医師の診察の前に、以下の項目の記載をお願いします。該当する□の中に✓マークをつけてください。

●体温（受付にて測定） _____ °C

●現在の症状……最初に症状が出現したのはいつですか（ _____ ）

- 発熱（最高 _____ °C いつ: _____ ）
 のどの痛み 頭痛・関節痛
 息苦しさ せき たん 下痢や嘔気など、おなかの症状
 その他（ _____ ） なし

●新型コロナ感染者との濃厚接触はありましたか。

- なし あり（同居人・職場・その他）

●新型コロナワクチン接種の有無

- なし あり（ _____ 回）

●既往歴・現病歴（過去にかかった病気と、現在治療中の病気）

- ぜんそく（いつ: _____ ） 花粉症 肺炎 その他（ _____ ）

●現在、定期的に飲まれている薬はありますか。

- なし あり（薬の名前: _____ ）

●今までに、薬によるアレルギーの症状を自覚したことがありますか。

- なし あり（薬の名前: _____ ）

★女性の方のみ★ ●現在、妊娠の可能性はありますか。また、授乳中ではないですか。

- なし あり（ _____ ヶ月） 授乳中

●当院をどちらでお知りになりましたか。

（ _____ ） ↓裏面にも記載事項あり↓

新型コロナウイルス PCR 検査における注意事項・同意書

□① PCR 検査の感度は、現時点では 70%前後と考えられております。

また、検査結果は、検査を行うタイミングにも大きく左右されます。

そのため当院では、実施した検査の感度・特異度・陽性的中率などの検査精度に関して、一切の保障をいたしかねますことをご理解ください。

したがって、陰性の結果であったとしても、

患者様が、新型コロナウイルスに感染中でないことを当院が保証するものではありません。

つきましては、陽性・陰性を問わず、検査結果に基づく、患者様のその後の一切の行動、

また、それに関連した患者様のいかなる損害に関しましても、

当院では、一切の責任を負いかねますことをご了承ください。

□② 発熱外来にて実施する PCR 検査は、行政機関の委託に基づき公費負担で行う行政検査です。

そのため、当院は、その結果が陽性か陰性かを問わず、

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」及びその他の法令に基づき、患者様の氏名等の個人情報を含めた検査結果に関して、

行政機関に報告する義務がありますことをご承知ください。

また、陽性と判定された場合には、保健所等の行政機関から、連絡と指示がある場合があり、

その後は法令に則って行動する必要がありますことをご承知おきください。

□③ 当院での診療における公費の適用は、

「新型コロナウイルス感染症に対する PCR 検査」に関するもののみであり、

初診料・再診料などの診察費や時間外加算費用、院内トリアージ（感染対策・動線分離）実施料、全身状態に応じて、PCR 検査以外の検査が必要な場合の費用は、

通常の保険診療に準じた自己負担額が生じます。

また、診断書等の文書作成は可能ですが、自費での文書料 3300 円（消費税込）が発生します。

上記①～③をご理解いただけた場合、数字左の□欄にチェックマークの記載をお願いいたします。

●私は、上記①～③の内容をすべて理解した上で、

自身の意思と希望により、検査を受けることに同意いたします。

●本検査結果の社会的影響を考慮し、社会通念上、適切に取り扱い行動いたします。

●貴院に伝達した個人情報はすべて、真正なものであり、

検査結果が陽性であった場合には、法律に則り、その後の各省庁の指示に従います。

●検査の実施、およびその結果に関連したあらゆる事項に関して、

貴院の責を問わぬことを約束いたします。

日付 年 月 日

ご署名