

令和 ____年 ____月 ____日

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 _____

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）： _____℃

●現在の症状 …… 最初に症状が出現した日： ____月 ____日

- ☐ 発熱（最も高かった体温： _____℃ その日時： ____月 ____日 ____時ごろ）
☐ のどの痛み・腫れ ☐ 頭痛・関節痛 ☐ せき ☐ たん
☐ 息苦しさ ☐ 味覚・嗅覚障害 ☐ 腹痛・下痢・嘔気など、おなかの症状
☐ その他（ _____ ） ☐ 市販検査キットによる新型コロナ陽性判定 ☐ なし

●新型コロナ感染者との濃厚接触の有無

●新型コロナワクチン接種の有無

- ☐ なし ☐ あり（同居人・職場・その他） ☐ なし ☐ あり（ ____回 ）

●既往歴・現病歴（過去にかかった病気、または現在治療中の病気）

- ☐ ぜんそく（ ____歳時 ） ☐ 花粉症 ☐ 肺炎 ☐ その他（ _____ ）

●現在、定期的に使われている薬はありますか？

- ☐ なし ☐ あり（薬の名前： _____）

●薬のアレルギーはありますか？

- ☐ なし ☐ あり（薬の名前： _____）

★女性の方のみ★ ●現在、妊娠している可能性はありますか？ もしくは授乳中ではないですか？

- ☐ なし ☐ あり（ ____ヶ月 ） ☐ 授乳中

発熱外来における注意事項・同意書

当院は「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」に基づき、東京都と医療措置協定を締結した上で、発熱外来を設置する医療機関となります。そのため、新型コロナウイルス感染症の5類への分類変更後も、厚生労働省、および東京都の指針に基づく診療が求められています。

当院では、以下のいずれかに該当する患者様はすべて、通常患者様への感染防止のため、指定された診療エリアを用いる発熱外来でのご対応とさせていただきます。

- 現在 37 度以上の発熱がある方、もしくは 1 週間以内に 37 度以上の発熱があった方
- のどの痛みや腫れ・せき・たん・息苦しさなどの、感冒（かぜ）症状がある方
- 味覚障害・嗅覚障害・腹痛・下痢などの、新型コロナウイルス感染を疑う症状がある方
- 他院での検査、もしくは市販の抗原検査キットにて、新型コロナウイルス陽性判定の方

発熱外来においては、医療措置協定締結医療機関としての診療に対する責任保持と、防疫の義務遂行のため、身体所見と感染症の流行状況に応じて、医師が必要と判断した場合には、新型コロナや季節性インフルエンザに対する、PCR 検査や抗原検査を実施いたします。（医療機関以外にて実施した、精度が不明な検査における陽性判定の場合にも行います）高熱を認める場合や肺炎が疑われる場合には、血液検査やCT 検査を併せて行う場合があります。

症状が存在するにも関わらず、医学的に正当な理由がなく、必要な検査等を拒否される方や、風邪薬や解熱剤のみの処方をご希望の方の診療は、一切お断りさせていただきます。

上記をすべて理解した上で、貴院の診療方針に従うことに同意いたします。

日付

_____年 _____月 _____日

ご署名
