【 問 診 票 】

※すべてお答えください。未記入欄があると診察の順番が後回しになります。※

・当院を受診したことがありますか？　（ はい ・ いいえ ）

・検査希望ですか？→ はい ・ いいえ ・ 医師に相談したい

・どの検査を希望しますか？→ PCR検査・インフルエンザ検査・その他（　　）

・新型コロナウイルスの濃厚接触者ですか？　（ はい ・ いいえ ）

・現在の体温は？　℃

フリガナ お名前	男・女	電話番号　（未成年者は保護者の連絡先） （携帯）　－　－ （自宅）　－　－
住所　〒　－		生年月日　（年齢　歳） T・S・H・R　年　月　日

・本日ご受診が13歳未満のお子様の場合、必ず記入してください。

体重	希望服用回数	薬の希望剤型	熱性けいれんの経験
kg	2回 ・ 3回	粉 ・ シロップ ・ 錠	無 ・ 有（　歳）

・いつからの症状ですか？　日前から

・本日の症状を教えてください。　該当する症状すべてに○を付けてください。

耳	鼻	のど	その他
・耳だれ（両・左・右） ・痛み　（両・左・右） ・聞こえの悪さ（両・左・右） ・耳がつまった感じ（両・左・右） ・耳鳴り（両・左・右） ・その他の症状 （　）	・鼻水　・鼻吸い ・鼻づまり　・鼻血 ・くしゃみ ・匂いがわからない ・アレルギー検査希望 ・その他の症状 （　）	・痛み ・咳 ・たん ・声かすれ ・違和感 ・飲込み時の痛み ・口が乾く ・その他の症状 （　）	・頭痛　・倦怠感（だるさ） 他に症状がある場合、下記にご記入ください 例）発熱（昨夜38℃、現在37.2℃）

お薬を服用して具合が悪くなったことがありますか？	はい →	お薬名 症状
いいえ		

現在、治療中の病気はありますか？（下記の該当する病名にすべて○をつけてください。）

・肝炎　・糖尿病　・コレステロール　・緑内障　・高血圧　・前立腺肥大　・心臓病　・喘息　・胃潰瘍

・副鼻腔炎　・その他（　　）　・なし

喫煙者ですか？	はい →	（1日　本　年間）
いいえ	・	禁煙した
お酒を飲みますか？	はい →	1日　杯　毎日・時々・月に2・3回
いいえ		お酒の種類
現在、妊娠中ですか？	はい →	（妊娠　ヶ月）
いいえ		
現在、授乳中ですか？	はい	
いいえ		

裏面も必ずご記入お願い致します。

【スタッフ記入欄】　隔離室　①　②　③・相談室・処置イス・処置ベッド　①　②　③

２０２３年5月８日以降の新型コロナウイルス5類移行に関する

◇◇◇重要なお知らせ◇◇◇

5月8日を境に、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類へ変更となります。当院では5類移行後も「埼玉県指定　診療・検査医療機関」として診療を継続いたしますが、公費負担が終了するに伴いPCR検査に関して窓口負担額が下記の通り変更となりますのでご注意ください。

	PCR 検査 （診察・検査・処方箋料込）
3 割負担	約 5, 000 円
2 割負担	約 3, 500 円
1 割負担	約 2, 000 円

また、陽性者療養中の追加治療・処方も窓口負担額が発生します。

《発熱外来対象者の変更について》

・診察当日含め2日以内に37.5度以上の発熱があった方。

・PCR、インフルエンザなどの感染症検査を希望される方。（のどの痛み等症状がある方）

となります。

のどの痛みがあってもコロナ、インフルエンザ感染の疑いのない方は通常診察となります。

※通常診察時、医師の判断により隔離室への案内をさせていただくこともございます、ご了承ください。

【　特定疾患療養管理料について　】

新型コロナウイルス感染症であることが疑われ、**院内の隔離室、又はお車での診察**をさせて頂いた患者様に対し、下記実施料が算定されます。（2020年4月8日　厚生労働省より通達）

◇2023年10月1日より点数が改訂されました。◇

特定疾患療養管理料　　147点　（3割負担　440円）

感染のリスクを抱えながら診療にあたる医療者側を支援するための措置ですが、もちろん患者様の負担が増えてしまいます。大変心苦しいですが、ご理解いただきますようお願い致します。

院長　河野　淳

上記の内容全項目に同意しました。　同意者氏名