

【玄関問診票】

氏名： _____ 電話番号： — —

診察日時： _____ 月 _____ 日 午前 午後

来院目的

新規受診 再度受診 定期受診

受診診療科

外科 整形外科 内科 耳鼻科 泌尿器科 皮膚科

脳外科 眼科 健診 入院 検査 諸事受付 その他

発熱：37.2℃以上

なし あり（ ℃）

自覚症状 特に症状なし⇒ここで終了です

症状のある人

A： 咳 咽頭痛 鼻みず 味覚・嗅覚障害 倦怠感

B： 嘔気・嘔吐 下痢

症状のあった期間： _____ 月 _____ 日～ _____ 月 _____ 日

1日～3日 4日～6日 7日～10日 11日以上

院内診察 抗原検査 PCR 電話診察 診察なし

担当者 _____ ㊟

<担当医師>

草間医師 今井医師 ()

<指示受担当者>

()

<検査指示>

<input type="checkbox"/> 抗原A
<input type="checkbox"/> 抗原B
<input type="checkbox"/> 迅速PCR
<input type="checkbox"/> LSI (外注)
<input type="checkbox"/> 院内PCR

検査したら

→

<input type="checkbox"/> 院内診察
<input type="checkbox"/> 電話診察
<input type="checkbox"/> 自宅待機

<来院方法>

自動車

車種： _____ 色： _____ ナンバー： _____

その他

発熱ブース待機

(徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ タクシー)

<携帯番号>

<備考>