

～患者さまに安心して受診していただくために～

1. 入館者の検温を実施しています。

当院では新型コロナウイルスの院内感染対策を強化するため、院内に入館される全ての方に体温チェックを実施しております。発熱(37.5 度以上)を確認した際には、別室または車内でお待ちいただく場合がございますので、ご了承ください。

2. マスク着用および手指衛生をお願いしています。

当院に来院する際はマスクの着用をお願い致します。また、病院玄関でのアルコール消毒液による手指衛生もお願いします。

3. 発熱などの症状のある方は発熱相談センターや市町村、発熱相談医療機関へ問い合わせさせていただきますようお願いします。

千葉県では、インフルエンザ流行期に備えた発熱患者等の外来診療・検査体制及び相談体制の整備を進めています。発熱相談センターや市町村、発熱相談医療機関の問い合わせ先は、千葉県ホームページ「熱があるときは」に掲載しておりますので御参照くださいますようお願いいたします。

URL:<https://www.pref.chiba.lg.jp/kenfuku/hatsunetsu.html>

なお上記問い合わせの結果、**発熱や咳・鼻汁などの「風邪の症状」**があり当院に来院される場合は必ず**事前にお電話でご連絡下さい**。その上で、次のページ以降の

・診療申込書

・問診票(成人用:18 歳以上 または 小児用:18 歳まで)

をご自身で印刷し、事前にご記入の上でご持参ください。

敷地内に入られましたら、病院の建物内には入らずに、病院代表(043-422-2511)にお電話下さい。

皆様のご理解とご協力をお願い申し上げます。

# 診療申込書

令和 年 月 日

診療科目	内科 リウマチ科 神経内科 消化器内科 アレルギー科(成人・小児) 小児科 小児神経科 脳神経外科 外科 整形外科						
ふりがな				性別	男 ・ 女		
患者氏名							
生年月日	明 大 昭 平 令	年	月	日	歳	職業	
現住所	〒			電話	自宅		
					携帯		
世帯主氏名			職業			世帯主との続柄	
支払方法	健保 共済 国保 生保 自費 労災 交通事故 その他						
紹介状	有 ・ 無						

-----キリトリ-----

発熱、咳・鼻汁などの風邪症状があり、当院を受診される方へ

上記のような症状がある方が他の方と接触することをできる限り避けるため、自家用車で来院された方には車内でお待ち頂いております。公共交通機関で来院された場合は別途ご案内しております。診察の流れといくつかの注意点がありますので、以下の点にご協力をお願いいたします。

1. 自家用車で来院された場合は、到着された旨をお電話頂きましたら、ご家族の方も含めて車内でお待ちください。順番にご案内いたします。
2. 事前に診察申込書、問診票をご記入、ご持参頂いていない場合は、こちらからお渡したものに記入の上お待ちください。こちらから受け取りに伺います。
3. 受診の方の状況により、診察する場所をご案内させていただきます。
4. お手洗いを使用、オムツ交換をされる方は、ご案内しますので病院代表(043-422-2511)にお電話頂き、外来師長へつなぐようお話ください。ご連絡なしに、病院内のお手洗い、外来のオムツ交換台などを使用することはご遠慮ください。飲料の自動販売機は駐車場内に設置してあります。病院内の自動販売機や、売店のご利用はご遠慮ください。
5. 会計については、診察後に看護師よりご説明させていただきます。

成人

カルテ番号

〒

カナ

住所

氏名

男・女

身長

cm 体重

kg

生年月日 年 月 日 ( 歳)

職業( ) 職場・学校所在地( )

電話番号(PCR検査を受けた場合の連絡先)

続柄

通勤・通学(電車・バス・自家用車・他)

-

-

本人・( )

来院手段 車(車種 色 NO. )

徒歩 自転車 電車 バス タクシー

病院到着後

体温: °C 血圧: / 脈拍: 回/分 呼吸数: 回/分 SPO2: %

いつから具合が悪くなりましたか? 月 日 頃から 最初の症状:

該当する症状に○をつけてください。 自覚症状なし

発熱がある 月 日 時頃~ 最高 °C  
咳が出る 喉が痛い 鼻水・痰が出る(色 )  
呼吸が苦しい 胸や背中での痛み 関節痛( ) 頭が痛い  
お腹が痛い 下痢している 吐き気がある・吐いた だるい  
食欲がない 水分が摂れない 味覚がわからない においを感じない  
その他(具体的に )

今回どこかに受診しましたか? いいえ・はい 月 日 病院名( )

処方 なし・あり(薬名 )

PCR検査 しない・した(陽性・陰性) 抗原検査 しない・した(陽性・陰性)

保健所に連絡しましたか? いいえ・はい

既往歴

悪性腫瘍( ) 慢性閉塞性肺疾患(COPD肺気腫) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病  
脂質異常症 肥満(BMI30以上) 臓器移植 免疫抑制剤使用中 抗がん剤使用中  
喘息 その他(病名 ) 特になし  
内服中の薬: なし・あり(薬名 )

薬や食べ物のアレルギー: なし・あり(具体的に )

タバコ: 吸わない・吸う(1日 本× 年) 酒: 飲まない・飲む

女性の方 妊娠 なし・あり( か月 ) 授乳中

最近1ヶ月以内の生活歴について該当するものすべてに○をつけてください。

感染者との接触 なし・あり 間柄( ) 陽性判定 月 日 最終接触 月 日

家族内の同症状 なし・あり(誰 )

集会・会合の参加 なし・あり

外食歴 なし・あり(接待飲食・居酒屋・レストラン・カフェ・社食・フードコート・パティisserie・他)

公共施設利用 なし・あり(大衆浴場・サウナ・スポーツジム・カラオケ・ゲームセンター・ショッピングモール・他)

新型コロナワクチン接種経験 なし・あり(1回目 月 日 2回目 月 日)

医療機関名( )

小児

カルテ番号

〒

カナ

住所

氏名

男・女

身長

cm

体重

kg

生年月日 年 月 日 ( 歳) 登校(園先) ( ) 学校・幼稚園・保育園

PCR検査を実施した場合の連絡先(電話番号)

来院手段 車(車種 色 NO. )

- - (続柄 )

徒歩 自転車 電車 バス タクシー

病院到着後

体温: °C 血圧: / 脈拍: 回/分 呼吸数: 回/分 SPO2: %

いつから具合が悪くなりましたか? 月 日 時頃から 最初の症状:

※該当する症状に○をつけてください。 自覚症状なし

発熱がある 月 日 時頃~ 最高 °C

咳が出る 喉が痛い 鼻水・痰が出る (色 )

呼吸が苦しい 胸や背中での痛み 頭が痛い だるい

お腹が痛い 下痢している 吐き気がある・吐いた

食欲がない 水分が摂れない 味覚がわからない においを感じない

その他(具体的に )

今回どこかに受診しましたか? いいえ・はい 月 日 病院名 ( )

処方 なし・あり(薬名 )

PCR検査 しない・した(陽性・陰性) 抗原検査 しない・した(陽性・陰性)

保健所に連絡しましたか? いいえ・はい

既往歴

悪性腫瘍( ) 慢性閉塞性肺疾患(COPD肺気腫) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病

脂質異常症 肥満(BMI30以上) 臓器移植 免疫抑制剤使用中 抗がん剤使用中

喘息 その他( ) 特になし

内服薬: なし・あり(薬名 )

薬や食物のアレルギー: なし・あり(具体的に )

家族で喫煙する人 なし・あり(誰 )

最近1ヶ月以内の生活歴について該当する項目に○をつけてください。

感染者との接触 なし・あり(間柄 陽性判定 月 日、最終接触 月 日)

家族内の同症状 なし・あり(誰 )

外食歴 なし・あり(居酒屋・レストラン・カフェ・フードコート・バイキング・他 )

公共施設利用 なし・あり(公園・塾・習い事・プール・学童・バス・電車・大衆浴場・カラオケ・ボーリング・ゲームセンター・ショッピングモール・デイサービス 他( ))