

島本地域外来・検査センター 予約票 兼 問診票

Ver.4

年 月 日

予約専用ダイヤル ☎ 075-963-4460

☎ 075-963-4461

↓ いづれか1つに☑をお願い致します

インフル、新型コロナ(抗原)鑑別 新型コロナ抗原検査 新型コロナPCR検査

検査日時	年 月 日( )	時 分
------	----------	-----

紹介元医療機関情報

医療機関名：	医師名：	TEL：
		FAX：

患者情報記入欄

フリガナ	生年月日	T・S・H・R 年 月 日	男 ・ 女
名前：			
住所：	携帯電話：		
保険者番号 (本人・家族)	公費負担番号		
記号	番号	受給者番号	

病名・既往歴など

問診票

個人情報の同意	<input type="checkbox"/> あり ※センター検査の結果は(+)(-)関わらず保健所に報告する義務があります		
インフル(-)時	<input type="checkbox"/> カロナール <input type="checkbox"/> メジコン <input type="checkbox"/> 麻黄湯 ※コロナ抗原、PCR検査のみの場合、処方はありません		
インフル(+)時	<input type="checkbox"/> オセルタミビル <input type="checkbox"/> ラニナミビル <input type="checkbox"/> バロキサビル <input type="checkbox"/> 麻黄湯 <input type="checkbox"/> メジコン <input type="checkbox"/> カロナール		
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→( )		
基礎疾患の有無	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 脂質異常症(高コレステロール血症) <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 心不全		
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 免疫抑制剤の使用 <input type="checkbox"/> 抗がん剤の使用 <input type="checkbox"/> 透析治療中 <input type="checkbox"/> その他( )		
発熱	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 日から °C ) ※37.2°C以上	検査当日欄 自宅での体温結果 °C	
倦怠感	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 日から )	当日: 倦怠感・頭痛	
上気道症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (咳・痰・咽頭痛・鼻汁 月 日から)	当日: 咳・痰・咽頭痛・鼻汁	
呼吸器症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (呼吸苦・胸痛 月 日から)	当日: 呼吸苦・胸痛	
味覚、嗅覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 月 日から)	当日: 味覚・嗅覚症状	
接触歴	<input type="checkbox"/> 家族・同僚等に陽性者、濃厚接触者がいる		
	<input type="checkbox"/> イベントに参加 <input type="checkbox"/> その他、具体的に( )		
来院方法	<input type="checkbox"/> 自家用車(色: 車種: セダン・ワンボックス系・軽自動車・その他 ) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バイク(色: )		
備考			

※当日は必ず自宅で体温測定など(当日の問診欄に記入)していただいてから駐車場へお越しください。

※到着されましたら **駐車場から 075-962-5151** へご連絡ください。

※検査の申込み受付時間は9:00~16:00(平日のみ)。