

村田内科クリニック 発熱外来について ☆基本は抗原検査です☆

※受け入れ人数に制限がございます。

※一般の診察は同時にできませんのでご注意ください。

以下のルールをお読みになり、順守できる方のみの受診をさせていただきます。

〈予約から受診までの流れ〉

- 1 電話で予約する。
TEL 0297-83-4976 (つながらないときは少し待ってからおかけください。)
- 2 申込書を記入する。
- 3 指定された時間に来院する。
(車で待機してください。徒歩の方は指定された場所でお待ちください。)
- 4 クリニックに到着したら電話をかける。
※医師やスタッフが回りますので、車は建物に近い場所に駐車してください。

〈持ち物〉

- 申込書
- 保険証
- 診察券 (お持ちの方のみ)
- お薬手帳
- コロナワクチン接種済証
- 前金 3000 円 (受給者証をお持ちの方は 600 円)
- ※受給者証 (まるふくやぬくもり等) : 対象者のみ
- ボールペン

- ☆ 本院の指示がない限り **院内には入れません。トイレはありません。**
必ず済ませてから来院ください。
- ☆ 混み合っておりますので、待ち時間が生じます。
終了まで 1 時間半程度のゆとりをお持ちください。
- ☆ 他の患者様との接触を避ける為に、車か指示された場所でお待ち頂きます。
- ☆ 携帯電話で連絡をとります。必ずつながるようにお願いします。
本院から 080 で始まる携帯番号でおかけします。
- ☆ 会計は都合上、先に 3000 円をお預かりします。
受給者証をお持ちの方は 600 円です。
- ☆ 必ずマスク着用をお願いいたします。
- ☆ 本院では抗原検査になります。鼻から綿棒で拭きます。
お子様の場合は保護者が補助をお願いします。
- ☆ 検査は医師の判断でコロナとインフルエンザ検査の両方を行います。
- ☆ PCR 検査と抗原検査は医師が必要と判断した場合は公費になります。

発熱外来 申込書

・私は、貴院の方針に則り、コロナ及びインフルエンザ検査を希望します。

令和 年 月 日

氏名	ふりがな	
	(男・女)	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒 ー	お子様体重: k g
	取手 市 町	
電話	自宅 ()	車種:
	携帯電話 ()	色: ナンバー:
職業 (会社・学校名)		

検査結果	コロナ	インフル
基礎疾患:		
SpO2:		%
体温:		℃
錠剤:	粉剤:	シロップ:

■太枠は当院記入欄

1. 現在の症状に○をつけて下さい。		
発熱	咳	倦怠感
頭痛	咽頭痛	<体温: ℃>
たん	鼻水	下痢
腹痛	吐気	嘔吐
その他:	解熱剤内服	あり・なし
2. この症状はいつからですか?		
3. 今回の症状で他院を受診または、検査等していますか?		はい ・ いいえ
4. 現在、何かお薬を服用していますか? (市販薬も含みます) (服用の薬:)		はい ・ いいえ
5. 新型コロナ・インフルエンザ陽性の方との接触はありましたか (いつ・誰)		はい ・ いいえ
6. コロナワクチン接種回数 _____ 回 直近のワクチン接種日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 1) ファイザー 2) モデルナ 3) アストラゼネカ 4) ノババックス 5) 不明		
7. 過去に大きな病気、手術、また現在、治療中の病気はありますか? (病名)		はい ・ いいえ
8. 食品または薬のアレルギー、お薬の副作用はありますか? (食品・薬剤名: 症状:)		はい ・ いいえ
9. 現在、喫煙していますか? ☐ なし ☐ 過去にあり ☐ 現在あり		
10. 【女性の方のみ】妊娠または妊娠の可能性はありますか? ☐ なし ☐ あり ☐ 授乳中		
11. その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。		
◆当クリニックを知ったきっかけを教えてください。 (初診の方へ・複数回答可) ☐ 家族・知人からの紹介 (ご紹介者:) ☐ 医師・スタッフを知っている ☐ 他院からの紹介 ☐ 近いから ☐ ホームページを見て ☐ その他 ()		