

発熱があった際の来院時お願い

当院では、すべての患者様に安心して来院頂けるよう皆様に感染対策のご協力をお願いしております。ご理解のほど、よろしくお願いいたします

受診前に

*他医院がかりつけの場合は、まずそちらにご連絡してください。

- ・事前のお電話をお願いします。 ☎052-624-8600
手元に、保険証・各受給者証・お持ちの方は診察券をご準備ください。
- ・スタッフがお電話にて問診させていただきます。
(問診内容はHPにも掲載。ご確認ください。)
- ・診察に際しての注意点等をお伝えさせていただきます。
(来院時間・駐車スペース・対応など)
- ・自家用車以外の交通機関でお越しになる際はお申し出ください。
- ・来院時の持ち物のお願い。保険証・各受給者証・お持ちの方は当院の診察券・タオル(診察時、マスクを取って頂くこともございます。)
- ・マスク着用・事前の体温測定をお願いします。
- ・飲食は来院30分前からお控えください。

当院到着時

- ・当院、指定の駐車スペースに前向きにお車をお停めください。



黄色の建物北側の駐車スペース(3台分)
こちらに駐車して下さい。お着きになられましたら、
受付にお電話し車内でお待ちください。

- ・感染対策として、車内や屋外スペースでの診察となる場合があります。
防寒を万全にしてお越しください。

*裏面に愛知県医師会からの発熱時のお知らせが
ございます。ご覧ください。

医療法人 松清会
まつもとクリニック
電話：052-624-8600

発熱患者 事前の電話による問診表 【HP掲載用】

年 月 日

生年月日

名前

年 月 日 (歳)

ID

携帯番号

ご本人様

同伴の方・ご家族様

(

お名前：

続柄：家族()・友人・職場関係

(- -)

車で待機の場合 車種：

色：

ナンバー：

【注意事項及びご連絡】

事前にお伝えさせていただきます。

今から、事前に診察について注意事項とご連絡があります。

ご理解・ご了承お願いいたします。

- ご本人様及び他の患者様に安心して診察を受けていただくため、来院の際は本院の指示にしたがっていただきます様お願い申し上げます。
- 今から行います電話でのご質問にお答えいただくことで、問診とさせていただきます。
- 感染対策の一環として、電話でのスタッフの問診、そして簡単な診察が当日の診察となる場合がございます。ご理解よろしくをお願いいたします。
- 発熱・カゼ症状のある方は院内感染対策のため、車内や屋外スペースでの診察となります。防寒対策を万全にしてお越しください。
- お車はクリニック北側駐車場にお停めください。3台分の駐車スペースがございます。前向き駐車をお願いいたします。
- 来院時間は : ~ : にお越しください。
- タオルを忘れずにお持ちください。診察時、マスクを外して診察する場合もございます。
- 30分前から、飲食は避けてください。(少量のお水は結構です。) のど飴・ガム・歯磨き・喉スプレーは1時間程度前から避けていただきます様、お願いします。
- 来院されましたら、車内よりクリニック受付にご連絡ください。

【問診】

- 1) 2.3年以内に当院の受診歴あり はい いいえ
- 2) 保健所に連絡しましたか はい いいえ
「はい」と答えた方 []
- 3) 基礎疾患・免疫疾患がある はい いいえ
「はい」と答えた方
下記の項目に当てはまるものにチェックを入れてください
高血圧 糖尿病 心血管系疾患 がん 透析治療中 慢性呼吸器系疾患
免疫抑制剤服用 ステロイド長期治療中 その他()

名前

- 4) 37.0度以上の熱がある (1週間以内) はい いいえ
現在の熱 _____ °C 最高熱 _____ °C
37.0度以上の発熱はいつから 月 日 朝・昼・夜 時ごろから
- 5) 症状
咳 鼻水 喉の痛み 関節痛 嘔吐 吐き気 腹痛 下痢 頭痛
- 6) 強いだるさ (倦怠感) や息苦しさ (呼吸困難) がある はい いいえ
- 7) 味覚・嗅覚に異常がある はい いいえ
- 8) 1か月以内に海外の渡航歴・他都道府県への移動がある はい いいえ
- 9) イベント会場など人が集まる場所への参加 はい いいえ
- 10) 3密 (密閉空間・密集場所・密接場面) が生じる場所へ行った
例) カラオケ・ライブハウス・飲み屋・スポーツジム 等々 はい いいえ
- 11) 他都道府県の方との接触がある はい いいえ
- 12) ご家族・職場での発熱・体調不良の方がいる はい いいえ
- 13) 新型コロナウイルス感染者、またはその疑いがある方と接触した はい いいえ
- 14) 今季、インフルエンザの予防接種はお済みですか? はい いいえ
いつ: 月 日頃 どこで:
- 15) ご家族・職場でインフルエンザにかかっている方もしくは、かかった方がいますか
はい いいえ
(はいの方のみ どなた: /時期 月 日ごろ / A ・ B)
- 16) 新型コロナウイルス感染症やインフルエンザの検査を受けた、
または陽性と診断されたことがある
「はい」と答えた方
コロナ・インフルエンザ /時期 月 日
陽性(インフルエンザ A ・ B)・陰性 /検査場所 ()
- 17) 現在、花粉症である はい いいえ
- 18) 妊娠している・授乳中である はい いいえ
- 18) お仕事されている方は、内容を簡潔に願います
()