

南台病院「診療・検査医療機関（発熱外来）」受診案内

1. 来院にあたって

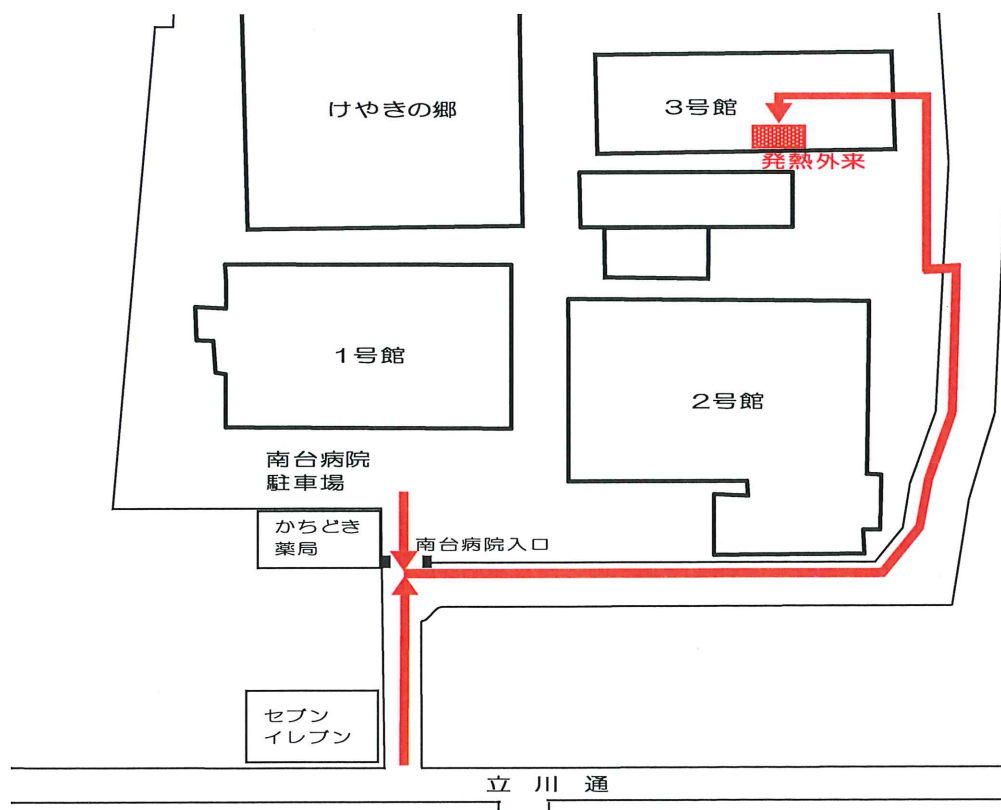
《注意事項》

- ・診療日及び診療時間は、毎週 月曜日、金曜日の 14:00～15:00 です。
- ・対象患者は、かかりつけ患者のみとします。
- ・受診は予約制となります。
- ・病院に到着した際は、下記の通り必ず電話（Tel042-341-7111）でご連絡ください。

	徒歩	車
電話をする タイミング	南台病院に着いたら	下記「発熱外来への案内図」に示す南台病院駐車場に停めた後
電話で伝えて いただくこと	・診療・検査医療機関（発熱外来）受診で来院した旨 ・氏名 ・予約時間 ・来院手段（車の場合は、車種・色）	
待機場所	電話にて説明します。 ※病院の建物には、入らないでください。	車の中 ※指示があるまでは、車から降りないでください。
付き添い者	外でお待ちください。	車の中でお待ちください。

- ・保険証、医療証などをご持参ください。
- ・抗原検査となります。
- 検査結果は、当日 17:00 までに陽性結果のみ電話にてご連絡します。
- 陰性結果時は連絡しません。確認のお問い合わせは、ご遠慮ください。
- ・接触を控えるため、会計は後日お越しいただきます（振込対応も可能です）。
- ・3号館 1 階に設置された発熱外来での対応となります。
- ・必ずマスク着用で来院してください。
- ・公共の交通機関をできるだけ使わずにお越しください。

2. 発熱外来への案内図



発熱患者問診票

問診は表裏あります。赤字欄はすべて記入してください。 西暦 年 月 日

フリガナ			生年月日（西暦）	年	月	日
氏 名		(男・女)	電話番号			
			携帯番号			
住 所	〒					
現住所	☐ 同上 ☐ 同上以外 〒					
職 業	☐ 医療従事者 ☐ 福祉施設関係者 ☐ 警察関係者 ☐ 消防関係者 ☐ 学校関係者 ☐ 学生 ☐ 会社員 ☐ サービス業 ☐ 無職 ☐ その他（ ）					
勤務先 学校名			勤務地	都道 府県		市町 村
国 籍	☐ 日本 ☐ 日本以外 国名（ ）					
緊急 連絡先	連絡先の氏名（ ） 連絡先電話番号（ ）					

症 状	咳	なし	あり	いつから	月	日～	息苦しさ	なし	あり	いつから	月	日～	
	味覚異常	なし	あり	いつから	月	日～	咽頭痛	なし	あり	いつから	月	日～	
	発熱	なし	あり（最高体温	度）	いつから	月	日～	嗅覚障害	なし	あり	いつから	月	日～
	倦怠感	なし	あり	いつから	月	日～	関節痛	なし	あり	いつから	月	日～	
	頭痛	なし	あり	いつから	月	日～	嘔気・嘔吐	なし	あり	いつから	月	日～	
	下痢	なし	あり	いつから	月	日～	鼻汁	なし	あり	いつから	月	日～	
	その他	（ ） いつから 月 日～											

新型コロナウイルスワクチン接種歴									
1 回目	なし	あり	接種年月日	年	月	日	☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ アストラゼネカ		
2 回目	なし	あり	接種年月日	年	月	日	☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ アストラゼネカ		
3 回目	なし	あり	接種年月日	年	月	日	☐ ファイザー ☐ モデルナ ☐ アストラゼネカ		

- 周囲に新型コロナウイルス感染症と診断された方はいますか
☐なし ☐あり (いつ頃ですか 月 日ごろ)
 ＊ありと答えた方 その方とは同居していますか
☐なし ☐あり (☐配偶者 ☐子供 ☐親 ☐その他)
- 周囲に同じ症状の人はいますか
☐なし ☐あり (☐家族 ☐その他)
- 人が集まるような場所に行きましたか
☐なし ☐あり (いつ頃ですか 月 日ごろ)
- 他県や海外へ出かけましたか
☐なし ☐あり
 ＊ありと答えた方 いつごろどこへ出かけましたか
 地名：() 時期： 年 月 日～ 月 日
- アレルギーはありますか
☐なし ☐あり ()
- 治療中のご病気、または該当する項目はありますか
☐心不全 ☐糖尿病 ☐認知症 ☐抗がん剤の使用 ☐脂質異常症(高コレステロール血症)
☐高血圧 ☐免疫抑制剤の使用 ☐脳血管疾患 ☐呼吸器疾患(COPD等) ☐透析治療中
☐悪性腫瘍 ☐慢性腎臓病 ☐肥満(BMI30以上) ☐喘息
☐その他()
- 現在、服用、または使用しているお薬はありますか
☐なし ☐あり【☐当院での処方薬 ☐他での処方()】
- 現在、喫煙はしていますか
☐なし【これまでの喫煙歴：☐あり ()年間喫煙していた ()本/日】
☐あり 喫煙期間()年 ()本/日
- 【女性の方へ】妊娠中または妊娠の可能性はありますか
☐なし ☐あり ()ヶ月
- 今回の症状で、他院を受診されましたか
☐なし ☐あり (月 日ごろ)
- 解熱鎮痛剤の服用はしましたか
☐なし ☐あり 薬品名()

当院記載欄

体温	℃	SPO ₂		脈拍	
特記事項					