

新型コロナウイルス感染拡大防止対策にご協力ください

この問診票は車の中で記入し、

2020.10.HPDL

受付時に「保険証」・「医療費受給資格者証」と一緒に受付に出してください

該当の項目にチェックしてください

3つとものある方は直接院内にお入りください

1つでもがない方は電話またはインターホンにてお知らせください

3週間以内に近親者や周囲に発熱などの体調不良の方はいない。

いる場合どなたが。(父・母・祖父母・きょうだい・その他)

その方は、その病気で当院を受診されましたか？ はい・いいえ 他院を受診されましたか？ はい・いいえ

県外から帰省していない

同居の家族全員が岡山県内から移動していない (長距離運転手さんなどお仕事を県外へ行かれる方には
申し訳ありませんが、毎回の記入にご協力ください。)

受診される方の

お名前

★本日連絡のつく

お電話番号

付き添い者全員の(院内にはなるべくお一人の付添でお願いします)

お名前

続柄 ()

★本日ご来院の車のナンバーと色

プレート番号

--	--	--	--

色 ()

本日は、どういった症状で来院されましたか？

複数の場合すべてに

定期受診 発熱 風邪症状 嘔吐や下痢 湿疹や発疹 その他

→その症状について、詳しくご記入下さい。再診の場合も、前回受診後の経過を詳しくご記入下さい。

いつ頃から、何℃あるかなどの症状 定期薬の場合も現在の状況を

嘔吐や下痢がある場合いつ頃から何回あるかなど

☆ 新型コロナウイルスの感染を疑っていますか？ はい ・ いいえ

現在服薬中の薬が

ない ある ・他院で処方された薬を内服中の場合 薬の名前を書いてください