

## 発熱外来(完全予約制)について

発熱など風邪様の症状のある患者様(高校生以上の方)は、午前中の時間帯に他の患者様と動線を分けて完全予約制で対応しております。必ず、事前にお電話で予約の上指定の時間にご受診下さい。直接、病院にお越し頂いても予約枠の関係で当日の診察ができない場合がありますので予めご了承下さい。

### 予約から受診までの流れ

1. お電話で予約を承ります。TEL:079-564-5381  
予約電話対応日時 月曜日～土曜日 8:50～13:00
2. 事前にホームページから「問診票」をダウンロードし記入をお願いします。  
(事前に「問診票」を記入できない方は予約の10分前に来院をお願いします。)
3. 来院時は病院に入る前に再度お電話をお願いします。
4. お電話でスタッフが対応します。指示あるまで病院内にはお入りにならないようお願い申し上げます。
  - ご来院の際は必ずマスクを着用し、健康保険証、おくすり手帳をご持参ください。
  - 予約時間に遅れますと診察までに大幅な待ち時間が出る場合があります。予約をキャンセルする場合もお電話下さい。

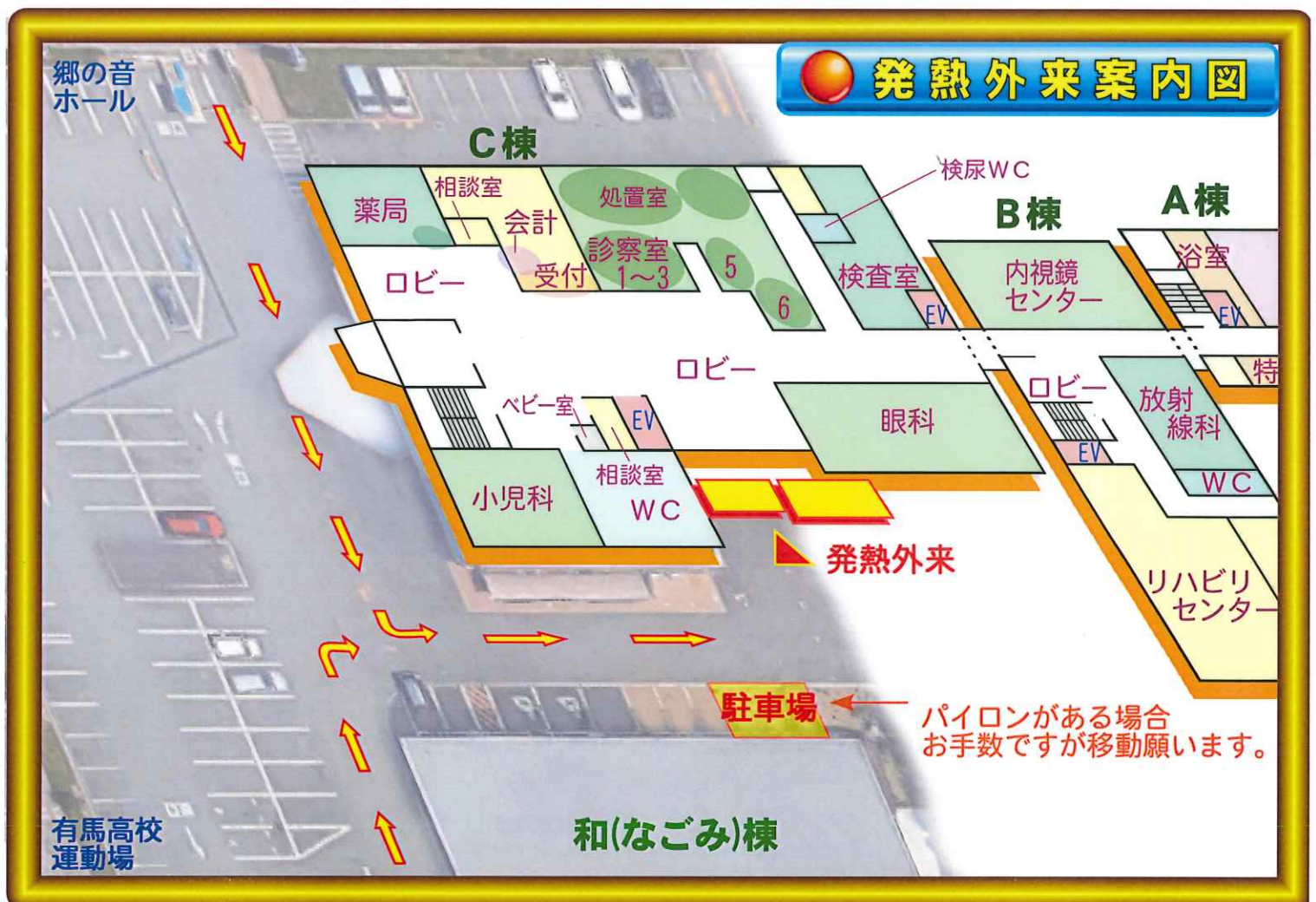
※ 出来る限り自家用車での来院をお願いいたします。予約制ではありますが待ち時間(検査や検査結果がでるまでの間)は車内での待機をお願いしています。なお、待ち時間が長くなる恐れがありますので水分等もご持参下さい。

### 車で来院の方

・病院と和棟の間(駐輪所奥)に駐車をお願いします。車内からお電話下さい。

### 徒歩、自転車、バイクで来院の方

・正面玄関から病院には入らないでください。発熱外来の前からお電話下さい。  
自転車、バイクは駐輪所をお使いください。



# 発熱外来問診票

年 月 日

フリガナ				明・大・昭・平・令
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒			電話
				携帯

下記事項について診察の参考となりますのでご記入下さい。

初診情報	<p>○本日はどのような症状で来院されましたか？ ( )</p> <p>○いつ頃からですか？ ( )</p>
発熱情報	<p>○発熱の経過をおしえて下さい。 ( 月 日 : 頃 度 ~ 月 日 : 頃 度 ( 日間)</p> <p>○症状をおしえて下さい。  <input type="checkbox"/>せき    <input type="checkbox"/>痰    <input type="checkbox"/>鼻汁    <input type="checkbox"/>咽頭痛    <input type="checkbox"/>息切れ・息苦しい  <input type="checkbox"/>頭痛    <input type="checkbox"/>味覚の異常    <input type="checkbox"/>嗅覚の異常    <input type="checkbox"/>身体のだるさ・筋肉痛  <input type="checkbox"/>嘔吐    <input type="checkbox"/>下痢    <input type="checkbox"/>眼の充血</p> <p>○海外への渡航歴を教えてください。 あり・なし → 場所・時期等 ( )</p>
今日の体温 ( 度)	<p>○生活行動を教えてください。(症状出現の1~2週間前の生活行動) 人の多く集まる場所等への参加等(出張・旅行・会議・講演会・コンサート等) ( )</p>
既往歴情報	<p>○今までにかかった主な病気・けが手術はありますか？(わかる範囲で時期もご記入下さい) あり・なし → 病名 ( ) 時期 ( )</p> <p>○現在、通院している病院・医院・クリニックはありますか？ あり・なし → 医療機関名 ( )</p> <p>○現在、のんでる薬はありますか？(お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。) あり・なし → 薬品名 ( )</p>
生活習慣情報	<p>○今までに薬や食物及びペットに対するアレルギー(じんましんが出たり、気分が悪くなった)がありましたか？ あり・なし → 薬・食物・ペット・その他( )</p> <p>○あなたはたばこを吸いますか？ 吸わない・吸う → 1日( )本・喫煙歴( )年</p> <p>○(女性の方のみ)現在妊娠中または授乳中ですか？ 妊娠中: はい( )カ月・いいえ    授乳中: はい・いいえ</p> <p>○予防接種歴を教えてください。  <input type="checkbox"/>新型コロナウイルスワクチン接種 (接種日: )  <input type="checkbox"/>インフルエンザワクチン接種</p> <p>○あなたの職種・職場は？ 職種( )・職場( )</p> <p>○あなたの身長・体重は？ 身長( )cm・体重( )kg</p>

## 保険外負担料金同意書

当院では、健康保険法の療養に該当しない保険外負担の料金について、その使用料、利用回数に応じた実費のご負担をお願いしています。

予防接種	(税込)	診断書関係	1通につき (税込)
インフルエンザワクチン(13歳以上)	4,950円	普通診断書	3,300円
インフルエンザワクチン(12歳以下)	2,200円	証明書	2,200円
狂犬病ワクチン	12,570円	入院・通院証明書	3,960円
破傷風ワクチン	5,500円	交通事故診断書	10,470円
肺炎球菌ワクチン	8,800円	労災診断書	4,400円
A型肝炎ワクチン	6,050円	労災(地方公務員)	4,000円
B型肝炎ワクチン	5,500円	障害者診断書	4,400円
	円	後遺症診断書	10,470円
	円	死亡診断書	5,500円
	円	死体検案書	11,000円
その他	(税込)	創傷診断書	11,000円
ノロウイルス(便)検査	3,130円	入浴意見書	2,200円
血液型検査	3,300円	おむつ使用証明書	1,100円
HIV検査	2,420円	あへん・麻薬診断書	3,300円
XP撮影(CD-R)	220円	船舶診断書	4,400円
新型コロナPCR検査	30,000円	支払い証明書(1ヵ月につき)	1,100円
	円	後見人診断書	3,960円

上記内容について同意いたします。

年 月 日

医療法人 社団 尚仁会 平島病院院長 殿

氏名

---