

# 発熱患者様用問診票

年 月 日

名前：

---

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

性別： 男 ・ 女

電話番号：

---

住所：

---

体温： °C いつから：

---

既往歴：がん治療中 糖尿病

肺疾患

その他免疫疾患等（自由記載）

[  
  
]

交通手段：自家用車(本人運転) 自家用車(家族運転)

タクシー 徒歩

電車・バス 救急車

付き添い：あり なし

## クリニック側記入欄（発熱患者様への伝達項目チェックリスト）

基本会計は現金のみ（付き添いの方がいればカード決済も可）

来院時には院内には入らず、インターホンを押して頂く。

CT・XP検査を行う可能性がある為、金属類等は事前に外し、ボタンのある服は避けて頂く（無地のTシャツ等が望ましい）。

# 発熱患者様用 診察の流れ

①ベルでお呼びいたしますので、車若しくはテント内でお待ちください。



②ベルが鳴りましたら診察を行いますので  
救急初療室(クリニック外部中央、両開きの白いドア)へお入りください。



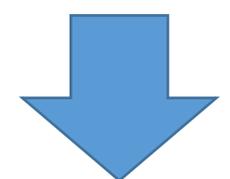
検査が必要

③必要な検査を行いますので、  
検体採取後は再度ベルでお呼びするまで  
車若しくはテント内でお待ちください。



検査は不要

④救急初療室で検査結果をご説明します。  
紹介や転院が必要な場合にもこちらで  
ご紹介・対応させていただきます。



⑤本日の診察・検査での費用のお会計をさせていただきます。  
付き添いの方がいらっしゃる場合は窓口にてお会計になります。  
患者様がお一人でご来院の場合、職員が個別に対応致しますので  
車若しくはテントにて、お声掛けするまでお待ちください。

※ご不明点はインターホン、または代表番号047-455-8145へご連絡ください。