

＜ デジスマ診療

LINEの登録名をお教えてください

必須

あめ

★ワクチン希望の有無

必須

ワクチン希望でのご予約でしょうか？

× いいえ、違います

☐ インフルエンザワクチン

☐ コロナワクチン（ファイザー）

☐ インフルエンザ & コロナワクチン

☐ 子宮頸がんワクチン 1回目

☐ 子宮頸がんワクチン 2回目

☐ 子宮頸がんワクチン 3回目

☐ 帯状疱疹ワクチン

☐ 肺炎球菌ワクチン

☐ その他のワクチン

＜ デジスマ診療

母子手帳持参 **必須**

子宮頸がんワクチン接種の場合、母子手帳が必要です。

ご持参いただけますでしょうか？

× 今回、子宮頸がんワクチン目的での受診ではありません。

☐ はい、必ず持参します。

× 紛失したため、持参できません。

× 実家にあるため、持参できません。

× その他の理由で、持参できません。

★ワクチン接種費用負担について **必須**

子宮頸がんワクチン接種ご希望の方へ

①住民票が寝屋川市にない場合

②既に3回接種されていた場合

自治体から支払拒否の連絡が参ります。

その際は、自己負担 30910円をご請求させていただくこととなります。

× 今回、子宮頸がんワクチン目的での受診ではありません。

☐ はい、お支払いします。

＜ デジスマ診療

発疹 **必須**

現在、発疹（赤いプツプツ）はありますか？

× なし

☐ あり

かゆみ **必須**

現在、皮膚のかゆみはありますか？

× なし

☐ あり

皮膚の痛み **必須**

現在、皮膚の痛み（ピリピリ感など）はありますか？

× なし

☐ あり

●コロナワクチン接種歴 **必須**

< デジスマ診療

身長 **必須**

147

cm

体重 **必須**

45

kg

体温 (°C) **必須**

現在の体温を教えてください (°C)。

36.5

風邪症状 **必須**

現在、風邪症状はありますか？

☒ なし

☐ あり

発疹 **必須**

＜ デジスマ診療

●コロナワクチン接種歴 必須

コロナワクチンの接種は何回受けましたか？

× 受けていない

1回

2回

3回

4回

5回

★ウイルス抗原検査（インフルエンザ&コロナ、鼻腔ぬぐい液） 必須

院内でインフルエンザ・コロナ抗原検査を行い、約15分後に結果をお伝えいたします。検査を受けられますか？

○ 受けます

× 受けません

コロナウイルス薬（ゾコーバ）処方希望 必須

＜ デジスマ診療

症状（全身） 必須

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

☐ 熱っぽい

☐ 体がだるい

☐ 眠れない

☐ 食欲がない（普段の
半分以下）

☐ しびれ

☐ フラフラする

☒ なし

症状（こころ） 必須

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

☐ イライラ

☒ メソメソ・クヨクヨ

☐ なし

症状（あたま・みみ） 必須

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

☐ 頭痛

☐ めまい（クルクル回
る）

< デジスマ診療

症状（あたま・みみ） **必須**

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

☐ 頭痛

☐ めまい（クルクル回る）

☐ めまい（ユラユラ揺れる）

☐ 耳鳴り

☐ 耳のつまった感じ

☐ 耳の痛み

☒ なし

症状（はな・のど） **必須**

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

☐ のどの痛み

☐ 咳

☐ 痰（ネバネバ）

☐ 痰（サラサラ）

☐ 鼻汁

☐ 鼻づまり

☒ なし

症状（むね） **必須**

< デジスマ診療

症状（むね） 必須

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

- | | |
|--|-------------------------------|
| ☐ 動悸（ドキドキ） | ☐ 息苦しさ |
| ☐ 息切れ | ☐ 胸の痛み |
| ☒ なし | |

症状（おなか） 必須

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ 腹痛（ヘソより上） | ☐ 腹痛（ヘソあたり） |
| ☐ 腹痛（ヘソより下） | ☐ 胃もたれ |
| ☐ 吐き気 | ☐ 嘔吐 |
| ☐ 下痢 | ☐ 便秘 |
| ☒ なし | |

症状（背骨や関節の痛み） 必須

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

＜ デジスマ診療

便通 **必須**

お通じはどのようなペースで出ますか？

毎日

2～3日に1回

4～5日に1回

1週間に1回

その他

便の硬さ **必須**

お通じの硬さはいかがですか？

やわらかい

かたい

ふつう

他の医療機関（名称と受診日時） **必須**

この症状で受診した医療機関の名称と受診日時をお教えてください。

< デジスマ診療

症状（背骨や関節の痛み） **必須**

あてはまる症状をすべて選んでください。
複数選択可能です。

☒ くび

☐ 肩

☐ 腰

☐ 膝

☐ その他

☐ なし

症状（出現時期と経過） **必須**

症状が1番最初に出始めたのは、いつ頃ですか？
日付と時刻で記載してください（●日×時頃）。
その後の経過についても、詳しく教えてください。
なしの方は「なし」とお答えください。

今週頭から

便通 **必須**

お通じはどのようなペースで出ますか？

毎日