

フリガナ		性別	男 ・ 女
名前		生年月日 S・H・R	年 月 日 () 才
住所	〒 - () 携帯番号(番号は丁寧に記入願います)		
身長	cm (月 日)	体重	kg (月 日) 体温 °C (時に測定)
来院時のお車情報 (車種、色、ナンバー4桁)			

★初診ですか再診ですか？ 初診 ・ 再診 (診察券番号)

★周囲に新型コロナウイルス感染症の方はいますか？ いる ・ いない

★新型コロナウイルス感染症に感染しましたか？ はい (いつ頃)

★周囲にインフルエンザの方はいますか？ いる ・ いない

★6か月以内にインフルエンザに感染しましたか？ はい (いつ頃)

★コロナワクチン接種歴 1回 ・ 2回 ・ 3回以上

★周囲で流行している感染症はありますか？

()

■今日はどうされましたか？

あてはまるものすべてをチェックして下さい

発熱 _____ 日前から 咳 _____ 日前から

鼻水 _____ 日前から 咽頭痛 _____ 日前から

頭痛 _____ 日前から 腹痛 _____ 日前から

下痢 _____ 日前から 嘔吐 _____ 日前から

発疹 _____ 日前から (発疹の出ている場所)

その他 ()

()

★他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい ・ いいえ

★現在治療中の病気、あるいは以前長期に治療を受けたことのある病気がありますか？

(はい・いいえ 病名または症状、医療機関名)

()

★現在服用中の薬はありますか？

はい ・ いいえ (薬名)

★今までに薬や食品で具合が悪くなったことはありますか？

はい ・ いいえ (はいの場合： お分かりでしたら薬または食品名)

()

★使用を禁止されている薬がありましたら教えてください

()

★備考 ()

ご協力ありがとうございました 院長