

記入年月日：

ふりがな	生年月日
氏名	T・S・H・R 年 月 日(歳)
男・女	職業
住所：〒 (-)	
電話番号(自宅)	(携帯)
本人以外の 緊急連絡先： _____ 名前(関係)： _____ ()	

【過去2週間の状況について】 該当項目に✓をしてください

- ・コロナウイルス感染症疑いまたは陽性者との接触はありましたか
 はい (月 日 ~ 月 日)
 いいえ
- ・渡航歴はありますか
 はい (月 日 ~ 月 日) 国・都市名 ()
 いいえ
- ・集団や密になる場所を訪れましたか
 はい (月 日 ~ 月 日) 場所 ()
 いいえ

【受診時の症状】

- 発熱あり 期間 (月 日 ~ 月 日) °C ~ 月 日 °C
- 解熱剤使用あり (月 日 ~)
- 呼吸器症状あり
 - 咳 (月 日 ~)
 - のどの痛み (月 日 ~)
 - 呼吸困難感 (月 日 ~)
- その他の症状
 - 強いだるさ (月 日 ~)
 - 筋肉痛・関節痛 (月 日 ~)
 - 吐き気・嘔吐 (月 日 ~)
 - 鼻水 (月 日 ~)
 - 味覚・嗅覚異常 (月 日 ~)
 - 頭痛 (月 日 ~)
 - 下痢 (月 日 ~)

【薬・食物のアレルギーはありますか】

- はい 薬 薬剤名 () 症状 ()
食物 食物名 () 症状 ()
- いいえ

【現在、他の医療機関にかかっていますか】

- はい 病院名 () 病名 ()
- いいえ

【現在、服薬している薬はありますか】

- はい 薬剤名 ()
- いいえ

☆☆女性の方に伺います☆☆

- 妊娠していますか？ はい (ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性あり
- 現在授乳中ですか？ はい (子供の年齢 ヶ月)

※ 当院では、患者さんの個人情報の取り扱いに、万全の体制で取り組んでいます。

※ 診療費の請求業務のため、健康保険証の北°-をとらせていただくことをご了承ください。