

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 ( 月 ) ・ いいえ ・ 可能性あり
- 現在授乳中ですか？ はい ( 子供の年齢 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。