

記入年月日：

ふりがな	生年月日
氏名	大正 昭和 平成 令和
男・女	年 月 日 (歳)
住所：〒 ()	
電話番号：	職業：
本人以外の 緊急連絡先：	名前(関係)： ()

① 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

② 現在の症状はいつ頃からですか？

() 体温 °C

症状は何ですか？

()

③ 薬・牛乳・卵のアレルギーはありますか？

()

・ 薬	はい・いいえ	薬剤名：	／	症状：
・ 卵	はい・いいえ			
・ 牛乳	はい・いいえ			

④ 現在、他の医療機関にかかっていますか？

()

・ はい・いいえ	病院名：
	病名：

⑤ 現在、服薬している薬はありますか？

()

・ はい・いいえ	薬剤名：
----------	------

⑥ タバコは吸いますか？

・ はい 本／1日 (喫煙歴 年) ・ 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。