

ふりがな		生年月日	(西暦)	年	月	日
お名前	(未成年の場合保護者名もご記入ください→)					
ご住所	(現在お住まいの住所を記入ください) 〒			ご職業		
TEL	携帯電話 ※常に連絡のとれる番号を記入ください			自宅		

こちらで記入します

SpO2: PR:

- 今回の症状が出始めたのは 月 日 来院時体温: °C
- この症状で別の病院に受診していますか いいえ / はい → 紹介状 あり/ なし
- 症状を具体的に記入してください(書ける範囲でお願い致します)
☐ 体温 ・昨日 °C ・おととい °C
☐ 検査を受けて陽性になった (検査日: 月 日 / 検査方法: PCR ・ 抗原)
☐ のどの痛み (月 日から) ☐ せき (月 日から) ☐ 強いだるさ (月 日から)
☐ 頭痛 (月 日から) ☐ 息苦しさ (月 日から)
☐ 味覚異常 (月 日から) ☐ 嗅覚異常 (月 日から)
☐ 吐き気 (月 日から) ☐ 嘔吐 (月 日から) ☐ 下痢 (月 日から)
☐ その他のご症状()
- インフルエンザウイルス陽性者との接触はありましたか
いいえ / はい → どの方が陽性でしたか? ()
- 新型コロナウイルス感染症陽性者との接触はありましたか
いいえ / はい → どの方が陽性でしたか? ()
- 二週間以内に海外渡航をしましたか
いいえ / はい → [いつ頃: 渡航先:]
- 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けましたか
いいえ / はい / 不明
- 下記の疾患があれば、○をつけてください(他に治療中の疾患があれば、その他にご記入ください)
悪性腫瘍 / 慢性閉塞性肺疾患(COPD) / 慢性腎臓病 / 高血圧 / 糖尿病 / 脂質異常症
肥満(BMI30以上) / 喫煙歴 / その他疾患()
→ 当院以外で治療中であればご記入下さい。(医療機関名: / 治療内容:)

!! 重要 !!

- ◎ 今までに、薬によるアレルギーが出た事がありますか? ある方は薬品名と症状を記入して下さい
いいえ / はい → (薬品名: 症状:)
- ◎ 今までに採血等で気分が悪くなったことがありますか? はい / いいえ
- ◎ 緑内障の既往歴はありますか? はい / いいえ
- ◎ (男性の方のみ) 前立腺肥大症の既往歴はありますか? はい / いいえ
- ◎ (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか? はい (週) / いいえ
- 現在、授乳中ですか? はい / いいえ