

車のナンバー _____ 色 _____ 体温： _____ °C

体重： _____ kg

ふりがな
お名前： _____ (_____ 歳)

TEL _____

住所：〒 _____

自宅： _____

携帯： _____

① あてはまる症状にチェック、もしくは本日の受診理由をご記入下さい。

発熱 咳 鼻水 頭痛 のどの痛み

嘔吐・吐き気 腹痛 痰

その他 _____

② その症状はいつからですか？あてはまるところにチェックして下さい。

今日 昨日 おととい その他 (_____)

③ コロナの検査を希望しますか？ (はい ・ いいえ)

インフルエンザの検査を希望しますか？ (はい ・ いいえ)

薬の処方を希望しますか？ (はい ・ いいえ)

④ 今までに治療した病気やケガについてご記入ください。

年齢	病名	手術の有無	病院名

⑤ 現在、内服している薬はありますか？ (あり ・ なし)

ありの方は内服しているお薬をご記入ください。

※お薬のアレルギー (あり ・ なし)

⑥ たばこは吸いますか？ (いいえ ・ やめた ・ はい)

⑦ 女性の方へ

・現在、妊娠している、またはその可能性がありますか？ (いいえ ・ はい)

・授乳中ですか？ (いいえ ・ はい)