

記入年月日：

フリガナ	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)： (      )

**【2週間以内に新型コロナウイルス感染症疑い又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週間以内に渡航歴はありますか】**

- はい ( 月 日 ~ 月 日 ) 国・都市名 (      )  
 いいえ

**【受診時の症状】**

来院時体温      °C

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

**【薬・食物のアレルギーはありますか】**

- はい 薬剤・食物 (      ) 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 (      ) 薬 (      )  
 いいえ

※お薬手帳をお持ちであれば受付に提出してください

**【新型コロナワクチンを接種しましたか】**

- はい 1回目 ( 月 日 ) 2回目 ( 月 日 ) ワクチン種類 (      )  
3回目 ( 月 日 ) ワクチン種類 (      )  
 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、健康保険証のｺｰ-をとらせていただくことをご了承ください。