

記入年月日：

フリガナ 氏名	男・女	住所：〒()
生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 ヶ月)		電話番号：
体重 kg	身長 cm	緊急連絡先：〔続柄：〕

【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

【今日はどうされましたか】

発熱 咳 のどの痛み 鼻水 頭痛
下痢 嘔吐 湿疹 その他 ()

体温 _____ °C

【その症状はいつからですか】

【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

【今まで罹ったことのある病気はありますか】

はい 心臓病 腎臓病 喘息 ひきつけ 川崎病 その他 ()
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

【今までに受けた予防接種に☑を付けて下さい】

新型コロナ 1回目 (月 日) 2回目 (月 日)
小児肺炎球菌 ヒブ 四種混合 ロタウイルス
B型肝炎 MR 日本脳炎 水痘
おたふく インフルエンザ ガーダシル

【出生時の様子で異常はありましたか】

はい ※診察時に医師に説明して下さい。
いいえ

【質問等ありましたらお書きください】

()

※ 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。