

(フリガナ)	身 長	cm	体 重	kg
お名前	喫 煙	有 ・ 無	1 日喫煙本数	
	性 別	生年月日		
	男・女	年 月 日生 (歳)		
ご住所 〒 -				
電話番号 【携帯】 - - 【自宅】 - -				
付き添いの方のお名前 続柄 () 電話番号 - -				

下記の症状について、あてはまるものに○をつけてください

咳	有 ・ 無	鼻水	有 ・ 無	咽頭痛	有 ・ 無
息苦しさ	有 ・ 無	全身倦怠感	有 ・ 無	頭痛	有 ・ 無
吐き気	有 ・ 無	嘔吐	有 ・ 無	下痢	有 ・ 無
筋肉痛	有 ・ 無	関節痛	有 ・ 無	食欲低下	有 ・ 無
味覚障害	有 ・ 無	嗅覚障害	有 ・ 無	結膜炎	有 ・ 無

- ・ かかりつけ医 有 ・ 無 (病院名)
- ・ 身近にコロナ陽性者 有 ・ 無
- ・ 発症時期 月 日 () : 頃 (°C)
- ・ 最高熱 月 日 () : 頃 (°C)
- ・ 現在の熱 (出かけの熱) °C
- ・ 来院前に検査キットで検査されましたか
- ☐ はい (コロナ【+・-】、インフルエンザ【+・-】) ☐ いいえ
- ・ 現在治療中の病気、又は過去に治療 (手術を含む) を受けた大きな病気はありますか
- ☐ ある → 糖尿病 高血圧 心臓疾患 喘息
- その他 ()
- ☐ ない
- ・ 現在飲んでいる薬はありますか
- ☐ ある (薬品名)
- ↑ ※お薬手帳をお持ちの方は記入不要
- ☐ ない
- ・ 今までに薬や食べ物でアレルギー症状を起こしたことがありますか
- ☐ ある ()
- ☐ ない

以上