

(フリガナ)	身長	cm	体重	kg
お名前	喫煙	有・無	1日喫煙本数	本
	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 哮息

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