

フリガナ
お名前 様 生年月日 年 月 日
□大正
□昭和
□平成 () 歳 □女 □男
〒
ご住所 市 区
自宅/携帯
電話番号 職種

※新型コロナウイルス感染が心配な方は下記の質問にお答えください

- ・新型コロナウイルス感染症の患者さんとの濃厚な接触 有/無
- ・1ヶ月以内の海外渡航歴 有(渡航先:)/無
- ・新型コロナウイルス感染症コールセンターへの電話相談 有/無

①あてはまる症状に☑をつけてください

- 発熱 (°C 時頃) □咳が出る □胸が苦しい □胸が痛い
□息切れ □のどが痛い □ふしぶしの痛み □鼻水 □鼻づまり
□頭痛 □痰が出る □ヒューヒューする □目がかゆい
□胃が痛い □お腹が痛い □吐き気 □下痢 □膀胱炎っぽい

その他 ()

②その症状はいつからですか? ()

③今までにかかった病気・手術はありますか? いいえ/はい

- 小児喘息 □気管支喘息 □花粉症 □アレルギー性鼻炎
□慢性副鼻腔炎/鼻茸 □蕁麻疹 □アトピー性皮膚炎 □高血圧
□糖尿病 □高脂血症 □痛風 □骨粗鬆症 □脳梗塞/脳卒中
□心筋梗塞/狭心症 □不整脈 □前立腺肥大

④本日、お薬手帳はお持ちですか? はい/いいえ

お持ちの方は受付にお渡しく下さい。

⑤現在飲んでいるお薬はありますか? はい/いいえ

『はい』とお答えの方で、お薬手帳がお手元でない方、
スマートフォンアプリで管理されている方は下記のご記入をお願いします。
(薬品名:)

⑥今までにお薬・食べ物・化粧品などで異常が起こったことはありますか?

いいえ/はい ()

- ・喫煙 □しない □する (本/日) □吸っていたがやめた (年前)
- ・飲酒 □しない □する (毎日/機会飲酒)
- ・(女性の場合)妊娠 □していない □している (ヶ月) □授乳中
- ・どこで当院を知りましたか? □紹介 (様) □看板 □WEB

★書き終わりましたら、受付にお渡しく下さい。 ご記入ありがとうございました。