

フリガナ  
お名前

様 ( 歳)

※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ださい。

④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、お薬手帳がお手元不在の方、スマートフォンアプリで管理されてる方は下記のご記入をお願いします。

(薬品名: )

⑤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

※変更があった場合はご記入をお願いします

〒  
ご住所 市 区  
自宅/携  
帯

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