

フリガナ

お名前

生年月日
様

大正
昭和
平成
令和

年 月 日
() 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への感染・後遺症について

・新型コロナウイルスにかかりましたか？ はい(いつ頃ですか：)/いいえ

・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の患者さんとの濃厚接触 有/無

今日の体温(°C)

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
緑内障(閉塞/開放) 手術(部位：)

その他()

④ペット 有(イヌ, ネコ, その他)/無

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、お薬手帳がお手元にない方、
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：)

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)
(加熱式たばこ アイコス等含む)

・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、受付にお渡してください。 ご記入ありがとうございました。

※ お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡してください。