

フリガナ

お名前

様 (歳)

※新型コロナウイルス感染・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：)

④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

※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

電話番号

★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。

※ お薬手帳をお持ちの方は受付にお渡しく下さい。