

ふりがな		生年月日	(西暦)	年	月	日	() 歳
お名前	(男・女)	電話番号					
		携帯番号					
ご住所	〒						
住民票の住所	□同上 □同上以外→〒						
ご自身以外の緊急連絡電話番号：			お名前：		続柄：		
身長	cm	体重	kg				
未成年の方	保護者名：	続柄：	携帯番号：				

1. 発熱はありますか？ なし あり→(いつからですか？： _____月_____日から)

2. 現在の熱は何度ですか？ _____℃

3. 一番高い熱はいつ、何度ありましたか？ _____月_____日に_____℃

4. 発熱以外の症状はありますか？ なし あり→(いつからですか？： _____月_____日から)

どのような症状がありますか？ をつけてください

- 咳 のどの痛み 痰 鼻水 息苦しさ 倦怠感 関節痛 さむけ
頭痛 腹痛 下痢 嘔気 嘔吐 味覚障害 嗅覚障害
その他 _____

5. コロナワクチン接種回数： _____回

6. 今までにかかった病気や治療中の病気、又は該当する項目はありますか？ をつけてください

- 悪性腫瘍(がん) 慢性呼吸器疾患(COPD等) 慢性腎臓病 心臓血管疾患 脳血管疾患
喫煙歴あり 高血圧 糖尿病 脂質異常・高脂血症 肥満(BMI 30以上)
免疫抑制剤・抗がん剤を使用している 妊娠中 緑内障 前立腺肥大症
その他 _____

7. 現在飲んでるお薬はありますか？ なし あり(薬品名 _____)

当院での処方 その他(病院名：_____)

8. 薬のアレルギーはありますか？ なし あり(薬品名 _____)

