

ふりがな			生年月日	(西暦)	年	月	日	() 歳
お名前			電話番号					
	(男・女)		携帯番号					
ご住所	〒							
住民票の住所	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 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 :				

※咲クリニック 記入欄	PCR	有 ・ 無	SpO2	%	発症日	月	日
	車	・ テント	結果	陰性 ・ 陽性			

- 発熱はありますか？ なし あり → (いつからですか? : ____月 ____日から)
- 現在の熱は何度ですか? _____℃
- 一番高い熱はいつ、何度ありましたか? _____月 ____日に _____℃
- 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 _____
- コロナ抗原検査はしましたか？ いいえ はい → (いつ: ____月 ____日 結果: 陽性 陰性)
 兵庫県 陽性者登録支援センターへ登録しましたか？ いいえ はい
 登録番号: _____ 登録年月日: 20 ____年 ____月 ____日
- コロナ感染者との濃厚接触はありますか？ なし あり → (同居家族 その他 _____)
- コロナワクチン接種回数: _____回
 直近のコロナワクチン接種年月日: 20 ____年 ____月 ____日
 直近の接種したワクチンの製造会社: ファイザー モデルナ
 アストラゼネカ ノババックス 不明
- 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 _____
- 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: _____)
- 薬のアレルギーはありますか？ なし あり (薬品名 _____)
- 当クリニックへの交通手段※屋外対応となるため、お車をお持ちの方は自家用車での来院をお願いします。
 自家用車: 車種/メーカー _____ 色 _____
 徒歩 自転車 バイク その他 _____