

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：				

※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			

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)
6. 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 _____)
7. 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
8. 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 _____
9. 現在飲んでるお薬はありますか？ なし あり (薬品名 _____)
10. 薬のアレルギーはありますか？ なし あり (薬品名 _____)
11. 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 _____

