

診 療 申 込 書 ②

令和 年 月 日 受付
 受付 NO : 時刻 :

※受診される方についてお書きください

ふりがな			
氏名		(男 ・ 女)	
生年月日	大・昭・平	年	月 日生 (才 ヶ月)
現住所	電話 : - -		

1. どのような症状で来院されましたか？

発熱 → 月 日 時頃から 最高 ℃

熱 ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水くしゃみ ・ 胸の痛み ・ 息苦しさ
 からだがだるい ・ 胃腸症状 (下痢嘔吐) ・ 味がわかりづらい ・ においがわかりづらい
 その他 ()

2. 周囲に新型コロナウイルス感染症に感染した方、または感染疑いの方はいますか？ ない ・ ある

3. 今回の症状で他の医療関係に受診、お薬を服用しましたか？ (市販薬も含む) ない ・ ある

4. 現在治療中の病気はありますか？ ※お薬やお薬手帳をお持ちの方は後程医師にお見せ下さい。

ない

ある → 糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療 がん

その他 ()

5. 今までに長期の治療を要する病気、または手術をしたことはありますか？

ない ・ ある 病名 ()

現在 : 治療中 経過観察 治った (年前)

6. (女性の方のみ) 現在妊娠中 (はい ・ いいえ)

現在月経中 (はい ・ いいえ) (最終月経 月 日)

7. (15歳以下の方) 体重を教えてください kg位

8. アレルギーはありますか？ (薬・食物・花粉など) ない ・ ある