

ふりがな		男・女	生年月日		体重 Kg
お名前	(歳)		S / H	年 月 日	
ご住所	〒 ()	固定電話 (自宅)	-	-	
		携帯電話	-	-	

1. 今日はどうなさいましたか。

(例：熱がでた、のどが痛い、咳が長引く、下痢、吐き気、健診の再検査、他医からの紹介)

症状 () 体温 度

いつ頃その症状に気づきましたか → 月 日の (朝・昼・夕・夜中) 頃

2. 今回のご症状でご受診の医療機関はありますか。(お薬手帳をご提示ください)

(病名：) ・ なし

(医療機関名： 診療科：)

(お薬名：) ・ なし

3. 現在、おかかりの病気、服用中のお薬はありますか。(お薬手帳をご提示ください)

(病名：) ・ なし

(医療機関名： 診療科：)

(お薬名：) ・ なし

4. 今まで大きな病気をしたことがありますか。

(病名：) ・ なし

5. お薬のアレルギーはありますか。

(お薬名： 症状：) ・ なし

6. 飲酒 (約 回/週 種類： お酒の量：) ・ なし

喫煙 (約 本/日、 歳～) ・ 過去にあり (約 本/日、 歳～ 歳) ・ なし

7. 定期的に健康診断を受けられていますか。(直近受診日 年 月) ・ 未受診

健診結果 所見あり () ・ 所見なし

8. ご家族で大きな病気や慢性疾患の方はいますか (例：高血圧、糖尿病、癌、脳卒中、心臓病、喘息など)

父 () ・ 母 () 祖父母 () ・ その他 ()

9. 最近の海外渡航歴はありますか。

(国名： 帰国日 月 日) ・ なし

10. 女性の方にお伺いします。妊娠の可能性はありますか。現在、授乳中ですか。

はい (妊娠 週、産科病院名) ・ 授乳中 ・ いいえ

次の項目に✓をお願いします。

<input type="checkbox"/>	いわゆる風邪症状が持続している
<input type="checkbox"/>	発熱 (平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5°C以上を目安とする。)、咳、呼吸困難、全身倦怠感、咽頭痛、鼻汁、鼻閉、頭痛、関節・筋肉痛、下痢、嘔気、嘔吐、味覚障害、嗅覚障害などの症状がある
<input type="checkbox"/>	過去 2 週間以内に発熱 (平熱より高い体温、あるいは体温が 37.5°C以上を目安とする。)があった
<input type="checkbox"/>	2 週間以内に、法務省・厚生労働省が定める諸外国への渡航歴がある方、それらの方と家庭や職場内等で接触歴がある
<input type="checkbox"/>	2 週間以内に、新型コロナウイルスの患者やその疑いがある患者 (同居者・職場内での発熱含む) との接触歴がある
<input type="checkbox"/>	新型コロナウイルスの患者に濃厚接触の可能性があり、待機期間内 (自主待機も含む) である

: 上記の項目すべてに該当しない (上記項目に該当のある場合には来院前に電話連絡をお願いします)