

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

・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

・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

・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

・今まで大きな病気をしたことがありますか。

(病名： )・ なし

・お薬のアレルギーはありますか。

(お薬名： 症状： )・ なし

・飲酒、喫煙に関してお伺いします。

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

・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

・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 ( )

・最近の海外渡航歴はありますか。

(国名： 帰国日 月 日)・ なし

・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

・ご職業をお伺いします。 職業 ( ) 担当業務 ( )

次の項目に該当した場合✓をお願いします。

□：下記の項目すべてに該当しない

<input type="checkbox"/>	2週間以内に、新型コロナウイルス感染症陽性の方との接触歴がある
<input type="checkbox"/>	息苦しさ(呼吸困難)、強いだるさ(全身倦怠感)、高熱等の強い症状のいずれかがある
<input type="checkbox"/>	味覚障害、嗅覚障害などの症状がある
<input type="checkbox"/>	同居者・職場内に発熱あるいは咳(呼吸器症状)のある人がいる