

氏名 _____

携帯電話番号 _____

来院方法 車 (所要時間 分) 車種・色 徒歩 (所要時間 分)
前回受診時からの保険変更 有 無 不明 (できれば保険証の写しをFAXしてください)

お薬のアレルギーはありますか (はい いいえ)
緑内障や眼圧が高いといわれたことはありますか (はい いいえ)
男性の方へ 前立腺肥大はありますか (はい いいえ)
女性の方へ 妊娠中ですか (はい いいえ) 授乳中ですか (はい いいえ)
発熱はありますか ある 今日 度 最高発熱 度 (月 日)
いつ発熱しましたか (月 日 時頃)
ない 今日 度

咳はでますか ない 軽い ひどい 夜ひどい いつ頃から (月 日頃)
痰はでますか ない 絡む 多い いつ頃から (月 日頃)
痰の色 透明 白色 黄色 緑
鼻水はでますか ない 少し 多い いつ頃から (月 日頃)
鼻水の色 透明 白色 黄色 緑
喉の痛みはありますか ない 少し 強い とても強い いつ頃から (月 日頃)
息苦しさはありますか ない ある かなり息苦しい

該当する症状があれば○をつけてください

味覚障害 嗅覚障害 倦怠感 頭痛 筋肉痛 関節痛

コロナ感染者が多い地域への出張や旅行などはありましたか? ある ない
職場・学校・家族にコロナ陽性者や濃厚接触者はいますか? いる いない
職場・学校・家族にインフルエンザ感染者はいますか? いる いない

腹痛はありますか ない ある いつ頃から (月 日頃)
嘔気はありますか ない ある いつ頃から (月 日頃)
嘔吐はありますか ない ある いつ頃から (月 日頃) (回)
下痢はありますか ない ある (軟便 水様便 血便) (月 日頃) (回)
下痢や嘔吐がある場合、心当たりがある食べ物がありますか ある ない

(牡蠣、馬刺し、焼き肉、刺身などを数日以内に食べましたか?)

ご家族や職場などで同じような症状の方はいますか いる いない

当院からの処方薬以外に服用しているお薬はありますか ある ない

他院でコロナウィルスやインフルエンザの検査を受けましたか はい いいえ
はいと答えられた方 コロナウィルス検査 (月 日) 結果 陽性 陰性
インフルエンザ検査 (月 日) 結果 陽性 陰性