

※検査希望 無 ・ コロナ ・ インフルエンザ

★新型コロナウイルス感染症について★

★新型コロナウイルス感染症の疑い、感染者との接触(疑いも含む)はありますか？

※本人もしくは家族の方で検査の予定がある方や、検査結果待ちの方もお知らせください

なし あり：だれが() いつ頃()
 詳細()

★味覚障害や嗅覚障害はありますか？

なし あり

フリガナ 氏名	(男・女)	生年月日	平・令	年	月	日
電話番号	-	-	年齢	(歳	ヶ月)
住所	(〒	-)	()	
通園(学)	()保育園・幼稚園・小学校・中学校		車種・車番		

※飲むお薬の種類を教えてください (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤) (体温 °C)

※解熱剤をご希望されますか？ (はい・いいえ) 直近の体重の記入を→ (体重 kg)

1. いつからどのような症状ですか？

- 熱 (/) ~ (°C) 頭痛 (/) ~
 咳 (/) ~ 乾・湿 咳き込んで嘔吐
 鼻水 (/) ~ 水・膿 鼻づまり (/) ~
 腹痛 (/) ~ 吐き気 (/) ~
 嘔吐 (/) ~ ()回/日 下痢 (/) ~ ()回/日 水・血・白
 発疹 (/) ~ (部位：) かゆみ (/) ~ (部位：)
 その他 ()

2. 周りで流行している、または接触があった病気はありますか？

なし あり ()

3. 今、通院している病院はありますか？

なし あり () → 問診の際に詳しくお聞きします

4. 今、飲んでいるお薬はありますか？

なし あり () → お薬手帳を見せてください

5. アレルギー、アナフィラキシーを起こしたことはありますか？

なし あり (薬・食べ物・その他：)

6. 今までにかかった病気はありますか？ ※熱性けいれんや喘息発作など

()

7. 1週間以内に予防接種を受けられましたか？

いいえ はい ()

※保険証をスキャンさせていただきますのでご了承下さい

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。