

カナ		性別	生年月日	(歳	ヶ月)
氏名		男・女	西暦 大 昭 平 令	年	月	日
住所 〒	—					
電話番号	—	—	携帯電話	—	—	
緊急時連絡先 氏名	※未成年の方は必ず保護者氏名、連絡先をご記入ください 続柄 () 電話 — —					

あてはまるものに○をつけてください

- ◎ 副作用（アレルギー）のある薬はありますか？ はい いいえ
薬品名・症状 ()
- ◎ 現在、アレルギーはございますか？ はい いいえ
疾患名（例：咳喘息 →)
- ◎ 現在、治療中の疾患はありますか？ はい いいえ
疾患名 ()
- ◎ 現在、他の病院の薬や市販薬を飲んでいますか？ はい いいえ
薬品名 ()

★ 妊娠中または授乳中ですか？（女性のみ）

・妊娠中 (週または ヶ月) ・授乳中 ・妊娠の可能性はある ・いいえ

<input type="checkbox"/> 抗原検査希望（コロナ抗原 ・ インフルエンザ抗原）
※検査代はコロナ・インフル両方検査した場合、3割負担で1,500円程度です。
<input type="checkbox"/> すでに検査を施行した（コロナ・インフルエンザ）（検査日 / ）（当院・他院・自宅で）
→結果（コロナ陽性・インフルエンザ陽性(A/B)・陰性）
本日は（お一人で来院 / 付き添いあり 続柄)

今回の症状はいつからですか	本日の体温	体重（必須）
から	℃	Kg

※ 本日、診察目的の症状にチェックを入れてください。

- 発熱 →最高体温 °C (月 日)
- 咳 眼の痒み 残尿感
- 痰 (色) 頭痛 排尿時痛
- のどの痛み 腹痛
- 関節痛 下痢 皮膚症状
- 倦怠感 嘔吐 ()
- 悪寒 吐き気 発疹
- 鼻汁 腰痛 かゆみ
- 鼻閉 胸痛 部位： _____
- くしゃみ 胃痛
- その他症状 ()