

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 ※未成年の方は必ず保護者氏名、連絡先をご記入ください				
氏名		続柄 ()	電話	—

あてはまるものに○をつけてください

☆ 副作用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 ()

★ 現在、妊娠していますか？ はい → (妊娠 週または ヶ月) いいえ

★ 妊娠の可能性はありますか？ はい いいえ

★ 現在授乳中ですか？ はい いいえ

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割負担でそれぞれ1,500円程度です。

すでに検査を施行した (コロナ・インフルエンザ) (検査日 /) → 結果 (陽性・陰性)

本日は (お一人で来院 / 付き添いあり 続柄)

※ 陽性の場合お支払いは現金のみ。症状のないご家族様でしたらキャッシュレス決済可能です。

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 ℃ (月 日)	☐ 残尿感
☐ 咳	☐ 排尿時痛
☐ 痰 (色)	☐ 頭痛
☐ のどの痛み	☐ 腹痛
☐ 関節痛	☐ 下痢
☐ 倦怠感	☐ 嘔吐
☐ 悪寒	☐ 吐き気
☐ 鼻汁	☐ 腰痛
☐ 鼻閉	☐ 胸痛
☐ くしゃみ	☐ 胃痛
☐ その他症状 ()	

皮膚症状 ()

部位：