

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 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 )

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。

<input type="checkbox"/> 発熱 →最高体温      ℃ ( 月 日)	
<input type="checkbox"/> 咳	<input type="checkbox"/> 眼の痒み
<input type="checkbox"/> 痰 (色 )	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 腹痛
<input type="checkbox"/> 関節痛	<input type="checkbox"/> 下痢
<input type="checkbox"/> 倦怠感	<input type="checkbox"/> 嘔吐
<input type="checkbox"/> 悪寒	<input type="checkbox"/> 吐き気
<input type="checkbox"/> 鼻汁	<input type="checkbox"/> 腰痛
<input type="checkbox"/> 鼻閉	<input type="checkbox"/> 胸痛
<input type="checkbox"/> くしゃみ	<input type="checkbox"/> 胃痛
<input type="checkbox"/> その他症状 ( )	

皮膚症状 ( )

発疹

かゆみ

部位：