

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せんか？ 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

<input type="checkbox"/> 抗原検査希望 (コロナ抗原 / インフルエンザ抗原)
※ 抗原検査は即日結果が出ます。検査代は3割負担でそれぞれ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 /) → 結果 (陽性・陰性)
<input type="checkbox"/> 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 (小児は必須)
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)
- | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 咳 | <input type="checkbox"/> 眼の痒み | <input type="checkbox"/> 残尿感 |
| <input type="checkbox"/> 痰 (色 _____) | <input type="checkbox"/> 頭痛 | <input type="checkbox"/> 排尿時痛 |
| <input type="checkbox"/> のどの痛み | <input type="checkbox"/> 腹痛 | |
| <input type="checkbox"/> 関節痛 | <input type="checkbox"/> 下痢 | 皮膚症状 |
| <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"/> 発疹 |
| <input type="checkbox"/> 鼻汁 | <input type="checkbox"/> 腰痛 | <input type="checkbox"/> かゆみ |
| <input type="checkbox"/> 鼻閉 | <input type="checkbox"/> 胸痛 | 部位： _____ |
| <input type="checkbox"/> くしゃみ | <input type="checkbox"/> 胃痛 | |
| <input type="checkbox"/> その他症状 (_____) | | |