

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID _____ □

フリガナ		<input type="checkbox"/> 男性	生年月日	大・昭 平・令	年 月 日 (歳)
★ お名前		<input type="checkbox"/> 女性			
ご住所	〒	自宅電話			
		携帯電話			

該当する項目にチェックを付けてお答え下さい ★ 本日の体温 _____℃

★ **新型コロナウイルス感染症相談センターへ確認はお済みですか？** はい いいえ
 ※ いいえとお答えの方は ご受診の前にご確認下さい ☎ 011-272-7119 もしくは WEB #7119

ご来院のきっかけ	<input type="checkbox"/> 他院からの紹介 ※ 紹介状をお持ちの方は受付へご提出下さい <input type="checkbox"/> WEB <input type="checkbox"/> 家族や知人の紹介 <input type="checkbox"/> 看板広告 <input type="checkbox"/> 自宅や職場に近い <input type="checkbox"/> その他	
★ 本日はどうされましたか？	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 微熱が続く <input type="checkbox"/> 時間帯によって熱が出る <input type="checkbox"/> 周囲にコロナ感染者がいる (発熱はいつからですか _____月 _____日 _____時頃、最高 _____℃) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい <input type="checkbox"/> 全身の倦怠感 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 目の充血 <input type="checkbox"/> 味覚障害 <input type="checkbox"/> 嗅覚障害 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 全身の筋肉痛や関節痛 <input type="checkbox"/> その他 ()	
★ 質問事項にお答え下さい	① 新型コロナウイルスに感染した人との濃厚接触 (あり: _____日前・なし) ② 2週間以内に5名以上での会食、複数人でのカラオケ、人の集まるイベントへの参加 (あり: _____日前・なし) ③ 2週間以内の海外渡航や、渡航した人との濃厚接触 (あり: _____日前・なし) ④ 新型コロナワクチンの接種歴があれば教えてください 1回目 あり … R _____年 _____月 _____日 _____歳で接種【種類: _____】・なし・不明 2回目 あり … R _____年 _____月 _____日 _____歳で接種【種類: _____】・なし・不明 3回目 あり … R _____年 _____月 _____日 _____歳で接種【種類: _____】・なし・不明	
★ 症状はいつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日 () 時頃から <input type="checkbox"/> () 日前から <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> ずっと前から <input type="checkbox"/> 現在症状はない	
★ 検査のご希望はありますか？	<input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> PCR検査 <input type="checkbox"/> インフルエンザの検査 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> レントゲン <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 相談の上で検討したい	
★ 本日お食事はされましたか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい () 時頃	
現在治療中の病気、または過去に治療を受けた病気はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 病名 () 病院名 () 時期 ()
服用中のお薬はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 薬品名 () ※ お薬手帳をお持ちの方はご記入は不要です 受付へご提示下さい
お薬や食品でアレルギーが出たことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	はいとお答えの方 薬品名 () 食品名 ()
飲酒・喫煙について	お酒 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎日 (1日に _____ を _____ 位) たばこ <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (_____ 歳から、1日に _____ 本位) <input type="checkbox"/> 以前吸っていた (_____ 歳から、 _____ 年間、1日 _____ 本位)	
	女性の方へ	<input type="checkbox"/> 妊娠中 (_____ 週) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり <input type="checkbox"/> 授乳中