

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ID _____ □

| | | | | | |
|-------|---|--|------|------------|---------------|
| フリガナ | | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 生年月日 | 大・昭 平・令 | 年 月 日 (歳) |
| ★ お名前 | | | | | |
| 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 _____℃

| | | |
|--------------------------------|---|--|
| ★ 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 (_____) ※ 上記に当てはまらない場合や、その他相談したいことがあればこちらへご記入下さい | |
| ★ 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 インフルエンザに感染した人との濃厚接触 (あり: _____ 日前・なし) ③ 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) ④ 新型コロナウイルスワクチンの接種 (あり・なし) ↳ 接種回数 (_____ 回) 前回の接種日 (_____ 年 _____ 月 _____ 日) | |
| ★ 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"/> コロナ抗原検査 <input type="checkbox"/> インフルエンザの検査 <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 | |