

ふりがな		男 ・ 女	生年月日 (西暦)	年 月 日 (才) お子様： 才 (才) カ月
名前				
ご住所	〒	連絡の取れる番号		()

◎いつから症状がありますか？

月 日から 日間、 最高体温： °C、現在体温： °C

◎発熱以外の症状はありますか(当てはまる所に○をつけて下さい)

・鼻汁	・色付き鼻汁	・鼻づまり	・顔面痛	・頭痛	・鼻がのどに落ちる	・咽頭痛	・喉のつまり
・咳	・息苦しさ	・その他()					

◎当院受診前に医療機関または自宅でPCR検査や抗原検査を行いましたか？

・いいえ	・はい(月 日)		
・インフル(陰性・陽性)	・コロナ(陰性・陽性)	・溶連菌(陰性・陽性)	・アデノウイルス(陰性・陽性)

◎感染症検査を希望しますか？

・いいえ	・はい(インフル コロナ 溶連菌 アデノウイルス)
------	-----------------------------

◎ご家族や身近な方に発熱、同様の症状のある方はいらっしゃいますか？

・いいえ ・はい(具体的に)

◎薬剤アレルギー：なし ・ あり ()

◎現在治療中、もしくは以前かかった事のある病気はありますか？(手術を含みます)

・緑内障	・糖尿病	・B型/C型肝炎	・喘息	・前立腺肥大症	・心臓病	・脳卒中	・腎臓病
・甲状腺疾患	・その他()						

◎現在服用中のお薬はありますか？(ありましたら受付に**お薬手帳**をお出し下さい)

・ピル	・血液をサラサラにする薬	・その他()
-----	--------------	---------

◎妊娠：なし ・ あり (カ月)・ 妊娠の可能性あり

◎授乳中：はい ・ いいえ

◎中学生以下のお子様の方へ、薬の剤型のご希望はありますか？

・粉薬	・シロップ	・錠剤	お子様の体重： kg
-----	-------	-----	------------

◎当院をどちらでお知りになりましたか？当てはまるものに○をつけて下さい。

・口コミ	・ホームページ	・チラシ等	・ご近所	・看板(クリニック前)	・他の医療機関からの紹介
・知人ご家族からの紹介	・その他()				

※これらの情報は診療以外の目的に使用することはありません。

ご協力ありがとうございます。お薬手帳をお持ちの場合、共に受付にお渡し下さい。