

2021年 月 日 予約時間(:)

ID()

フリガナ	生年月日:西暦 年 月 日(歳)
氏名	性別: <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
住所	
日中つながる連絡先 TEL	
同居家族: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(自分を含めて 人)	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	薬剤アレルギー: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
13歳未満のお子さん 体重 キログラム	剤型希望: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 錠剤 <input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> シロップ
女性の方 妊娠: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(W)	<input type="checkbox"/> 可能性あり 授乳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

1、症状 (いつから 月 日)

発熱(37.5℃以上)なし あり 最高発熱(°C)(いつ 月 日)悪寒 頭痛上気道症状 咳 痰 呼吸苦、息苦しさ 鼻水 鼻閉 咽頭痛 症状なし腹部症状 腹痛 嘔気 嘔吐 下痢 水分が取れない 症状なしその他の症状 倦怠感(軽い・強い) 味覚障害 嗅覚障害

特記すべき症状()

2、治療中の病気 なし あり呼吸器疾患 腎疾患(透析等) 心疾患 糖尿病 高血圧脂質異常 肥満(BMI30以上) 免疫抑制剤・抗がん剤の服用

その他()

3、2週間以内の行動歴・接触歴の確認

新型コロナウイルス感染症と診断された人との濃厚接触歴

なし あり(いつ ところで)

周囲(職場や家族)に有症状者(発熱等)がいる

なし あり(どなたが 症状は)

同居家族以外で複数人での外食や会食歴

なし あり

海外渡航歴

なし あり

4、新型コロナウイルスワクチン接種歴

なし 1回目済 2回目済()

※医師が診察をし、症状等から新型コロナウイルス感染を疑う場合には、保険適応での検査を行う場合があります。検査を正確に行うため、30分前から、飲食・うがい・歯磨きはしないでご来院ください。