

発熱症状等のある方

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
体温 °C	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

2022年 月 日 予約時間 ( : ) ID

( )

1、症状 (いつから 月 日)

発熱 (37.5°C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（いつどこ

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  3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。