

発熱等症状のある方

2022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)	喫煙歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 才~ 才)
	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( ℃)(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 脳血管疾患 糖尿病 高血圧

脂質異常 肥満(BMI30以上) 悪性腫瘍 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 3回目済 4回目済

5、抗原検査キットで検査をされた方はお知らせください ※検査実施日時 月 日 時頃

陽性 (画像有り キットを持参) 陰性