

※黒枠内にご記入ください

氏名 (性別)	フリガナ	生年 月日	西暦			年	月	日 ( 歳)
			男・女					
住所	自宅電話番号： — —	携 帯 番 号	本人	—	—			
			保護者/ご家族 ※16歳以下の方	氏名：	—	—		

★アレルギーについて (該当のある方は口頭でも医師にお伝えください)

薬の影響で体調に悪い影響が出たことはありますか？ (なし・あり)
<input type="checkbox"/> じんましんや湿疹など <input type="checkbox"/> 呼吸困難 <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> 検査値の以上 <input type="checkbox"/> その他 ( )
薬品名 _____

現在の体温	℃	身長	cm	体重	kg
1. 本日はどのような症状で来院されましたか？ ( )					
2. 症状の経過 発症日： 月 日 時ごろから					
[ ]					
(有症状について) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 関節や筋肉の痛み <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水・鼻づまり <input type="checkbox"/> 痰(たん) <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐・吐き気 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
3. 新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？					
接種回数 <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 4回 <input type="checkbox"/> 5回					
最終接種年月日： 年 月 日 <input type="checkbox"/> ファイザー <input type="checkbox"/> モデルナ <input type="checkbox"/> その他 ( )					
4. インフルエンザ予防接種はしましたか？					
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 接種年月日： 年 月 日					
5. 治療中の病気などはありますか？ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (かかりつけ医療機関：					
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸器疾患(COPD等) <input type="checkbox"/> 慢性腎臓病 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
6. 喫煙していますか？ <input type="checkbox"/> 喫煙しない <input type="checkbox"/> 喫煙する					
7. 妊娠していますか？(女性の方) <input type="checkbox"/> 妊娠していない <input type="checkbox"/> 妊娠している ( W)					
8. 同居している人はいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる → (続柄： )					
9. 同居家族・学校・勤務場所などに症状のある方はいますか？ ( )					

★感染予防対策のため、当院では自己負担金の会計は後日のお振込みをお願いしています。

同意した上で、受診することを (希望します・希望しません)	本人の署名(もしくは保護者の署名) _____	代筆者の場合：続柄 _____
----------------------------------	----------------------------	--------------------