

受診日 年 月 日

ふりがな ()	生 年	大正・昭和・平成・令和
氏 名 ()	月 日	年 月 日生 () 歳
電 ①	住	
話 ②	所	

・当院への受診歴： なし ・ あり（診察券の番号： 不明 ）
・薬のアレルギー： なし ・ あり（薬の名前 ）

■症状について（まるで囲んで下さい）

①	発熱（ねつ）がありますか？ または、ありましたか？ なし ・ あり いつから () 何℃程度 ()				
②	咳（せき）	なし・あり	③	のどの痛み	なし・あり
④	鼻水	なし・あり	⑤	筋肉痛・関節痛	なし・あり
⑥	息苦しさ	なし・あり	⑦	強いだるさ	なし・あり
⑧	味が分かりにくい	なし・あり	⑨	臭いが分かりにくい	なし・あり
⑩	下痢	なし・あり	⑪	はきけ・おうと	なし・あり
⑫	その他の症状 ()				

■持病はありますか？（ある場合は、まるで囲んで下さい）

糖尿病、高血圧症、心臓病()、肺の病気()
透析、免疫抑制剤()、癌の治療()
その他()

■接触歴・移動歴について（まるで囲んで下さい。該当する場合は下段に記入ください）

- ① 新型コロナ感染症またはインフルエンザ患者さんとの接触（2週間以内）：
なし ・ あり（ 新型コロナ ・ インフルエンザ ）
(月 日頃から 日間)
- ② 体調不良（発熱・かぜ症状など）の人との接触（2週間以内）： なし ・ あり
(月 日頃から 日間)
- ③ 2週間以内に他県または外国に行った： なし ・ あり
(都道府県名（国名）： 、 月 日頃から 日間)
- ④ 2週間以内に他県または外国に行っていた人との接触： なし ・ あり
(都道府県名（国名）： 、 月 日頃から 日間)
- ⑤ 2週間以内に、集会、多人数での会食、コンサート・ライブ、カラオケ、集合しての運動など密集・密接・密閉環境があった： なし ・ あり
(具体的に：)
- ⑥ 新型コロナ感染者との直接接触は無いが、身内や近隣者が接触していた可能性について
なし ・ あり ()