

ふりがな

性 別 男 ・ 女

お 名 前

生年月日 年 月 日

〒
ご 住 所

電話番号

■ 前回の症状の続きですか？ はい ・ いいえ

■ 症状について

37.0℃以上の発熱はいつからですか？

月 日～

℃

最高体温 ℃

該当するものにチェックを入れてください。

☐ 咳・喉の痛み

☐ 倦怠感

☐ 鼻水

☐ 胸の痛み

☐ 頭痛

☐ 動悸・息切れ

☐ お腹の痛み

☐ 吐き気・下痢

☐ その他 ()

■ いつ頃からその症状がありますか？

(例：3日前から、1週間ほど前から など)

■ 検査希望

(複数選択可)

☐ インフルエンザ

☐ コロナ

☐ 溶連菌

☐ レントゲン

☐ その他 ()

■ 現在服用中のお薬

☐ なし

☐ あり (薬の名前または種類)

■ 薬のアレルギーについて

☐ なし

☐ あり

■ 妊娠・授乳について (女性のみ)

☐ 該当しない

☐ 妊娠中

☐ 授乳中

☐ 妊娠の可能性あり

■ その他、ご要望や気になること

ふりがな

性 別 男 ・ 女

お 名 前

生年月日

年 月 日

〒
ご 住 所

電話番号

■ ご来院の目的

本日受診される症状・お悩みをご記入ください。（できるだけ詳しく）

■ 紹介状はありますか？

あり ・ なし

■ 検査結果はお持ちですか？

あり ・ なし

■ これまでにかかったことのある病気

（複数選択可）

☐ 高血圧☐ 糖尿病☐ 心臓病☐ 脳卒中☐ アレルギー☐ 癌☐ その他 （

）

■ 現在服用中のお薬

☐ なし☐ あり（薬の名前または種類）

■ アレルギーについて

☐ なし☐ あり

■ 妊娠・授乳について（女性のみ）

☐ 該当しない☐ 妊娠中☐ 授乳中☐ 妊娠の可能性あり

■ その他、ご要望や気になること