

住所 〒

電話番号

ふりがな

お名前

男・女

歳

kg

本日はどのような症状で来院されましたか あてはまる項目に印をつけてください

<input type="checkbox"/> 発熱	月	日から	・最高	°C	今の体温	°C
<input type="checkbox"/> 咳	月	日から	・たん	・ゼエゼエ	・咳込み	・その他
<input type="checkbox"/> 鼻水	月	日から	・水鼻	・青鼻	・鼻づまり	
<input type="checkbox"/> 痛み	月	日から	・頭	・のど	・おなか	・耳
<input type="checkbox"/> 吐く	月	日から	1日	回	水分は取れていますか	はい・いいえ
<input type="checkbox"/> 下痢	月	日から	1日	回		
<input type="checkbox"/> 発疹	月	日から	・頭	・顔	・首	・胸
			・おなか	・背中	・手足	・おしり
<input type="checkbox"/> その他の症状						

今までに大きな病気や手術を受けたことがありますか はい・いいえ
 はいの方 いつ頃どの様な病気や手術でしたか

これまでに薬や食べ物などでアレルギー等の副作用を経験されたことがありますか ある・ない
 ある方 いつ頃どのような症状が出ましたか

ご家族の中で次のような病気にかかった事のある方がいらっしゃいますか
 心臓病() 糖尿病() 高血圧() 脳卒中() 結核() 癌()
 喘息・アレルギー() その他()

ひきつけを起こしたことはありますか はい・いいえ
 歳頃から 回 使用している薬

今シーズン インフルエンザの予防接種は受けましたか はい・いいえ
 コロナの検査を希望しますか はい・いいえ
 インフルエンザの検査を希望しますか はい・いいえ
 どちらかで検査を受けましたか はい・いいえ
 (月 日)