

フリガナ							
氏名							
生年月日	大	昭	平	令	年	月	日
住所	〒 マンションの方は部屋番号まで漏れなくご記入下さい。						
携帯		固定電話					

◆ コロナ感染が疑われる国や県への往来はありましたか？

いいえ ・ はい

◆ コロナ陽性が疑われる方との接触はありましたか？

いいえ ・ はい (感染者の続柄:)

◆ 発熱について当てはまるものに丸を付けて下さい。

① ある (°C)・・・いつから発熱しましたか(月 日 時)

② 現在は下がっているが、数日以内に発熱があった(°C)・・・いつですか (月 日 時)

③ 一度も測っていない

④ ない

◆ 症状に丸を付けてください。⇒ 鼻汁 ・ 鼻づまり ・ 呼吸が苦しい ・ 喉の痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 悪寒

味覚異常 ・ 嗅覚異常 ・ 頭痛 ・ きつい ・ 関節痛

お腹が痛い ・ 胃痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ めまい

◆ 現在内服中の薬はありますか？ ※内服中でお薬手帳をお持ちの方は先生に見せて下さい。

はい ・ いいえ

◆ 薬でアレルギー症状が出たことがあればご記入ください。

薬名 ・ 症状など ()

◆ その他、何か気になる症状があればこちらにご記入下さい。

◎ 女性のみ

・ 授乳中 ・ 妊娠中 (可能性がある方も含む)

★保険証をお手元にご用意して、ご予約時間に正面玄関よりご来院下さい。