

発熱外来 申込書

・私は、貴院の方針に則り、検査を希望します。

令和 年 月 日

氏名	ふりがな	
	(男・女)	
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒 ー	お子様体重: k g
	取手 市 町	
電話	自宅 ()	車種:
	携帯電話 ()	色: ナンバー:
職業 (会社・学校名)		

検査結果	コロナ	インフル
基礎疾患:		
SpO2:		%
体温:		°C
錠剤:	粉剤:	シロップ:

■太枠は当院記入欄

1. 現在の症状に○をつけて下さい。

発熱 咳 倦怠感 頭痛 咽頭痛 <体温: °C>
たん 鼻水 下痢 腹痛 吐気 嘔吐 (最高: °C)
その他: 解熱剤内服 あり・なし

2. この症状はいつからですか？

3. 今回の症状で他院を受診または、検査等していますか？

はい ・ いいえ

4. 現在、何かお薬を服用していますか？ (市販薬も含みます)

(服用の薬:)

はい ・ いいえ

5. 新型コロナ・インフルエンザ陽性の方との接触はありましたか

(いつ・誰)

はい ・ いいえ

6. 過去に大きな病気、手術、また現在、治療中の病気はありますか？

(病名)

はい ・ いいえ

7. 食品または薬のアレルギー、お薬の副作用はありますか？

(食品・薬剤名: 症状:)

はい ・ いいえ

8. 【女性の方のみ】妊娠または妊娠の可能性はありますか？ なし あり 授乳中

9. その他、医師に伝えたいことがありましたらご記入ください。

◆当クリニックを知ったきっかけを教えてください。 (初診の方へ・複数回答可)

家族・知人からの紹介 (ご紹介者:) 医師・スタッフを知っている

他院からの紹介 近いから ホームページを見て その他 ()