

令和 年 月 日

| | | | |
|------|-----------------------|------------|----|
| ふりがな | | 性別 | 年齢 |
| お名前 | | 男 ・ 女 | 才 |
| 生年月日 | 大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日 生 | 体重 (子どものみ) | Kg |
| ご住所 | | | |
| | TEL () | | |

※ ここ3日間以内に発熱 (37.5℃前後) の症状はありましたか
発熱期間 月 日 ~ 月 日 体温

| |
|---------|
| ない ・ ある |
|---------|

℃

◎ 今日はどのような症状がありますか

| | |
|-------|--|
| 本日の体温 | |
|-------|--|

症状 _____

いつから _____

その症状で病院を受診した事がありますか

ない ・ ある → (病院名 _____ 薬 _____)

◎ 上記以外に通院中の病気はありますか

※お薬手帳を提出下さい

ない ・ ある → (病名 _____)

→ (飲んでいるお薬 _____)

◎ 過去に入院や手術をしたことがありますか

ない ・ ある → (具体的に _____)

◎ お薬を飲んで具合が悪くなった事がありますか

ない ・ ある → (何のお薬ですか _____)

◎ アレルギーと言われたことがありますか

ない ・ ある → (何のアレルギーですか _____)

◎ 妊娠中または授乳中ですか

妊娠 月 ・ 授乳中