

受付番号

車診察・別室

令和 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 年 月 日 ( 歳)
住所 〒	
携帯番号 ( )	電話番号 ( )
性別 男性 ・ 女性	体重 (お子さんの場合) Kg

現在 _____ °C
*今回の症状に○をご記入ください *特にひどい症状には◎をつけてください _____ 月 _____ 日 朝・昼・夕・夜中から
発熱 ( / 朝・昼・夕・夜中から) 最高 _____ °C
のどの痛み 鼻水 痰 咳 (日中/夜間) 呼吸困難 頭痛 関節痛
倦怠感 腹痛 下痢 吐き気 嘔吐 食欲なし 味覚障害 嗅覚障害
*そのほかの症状 先生に伝えたい、聞きたいことなどご記入ください
*ご希望の検査があれば○をつけてください 新型コロナウイルス検査 (PCR・抗原検査) インフルエンザ検査 その他
*薬で具合が悪くなったことがありますか? なし・あり (薬名 _____ )
*粉薬は飲めますか? はい・いいえ
*女性の方へお尋ねします。 現在妊娠中ですか? □いいえ □はい (予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日) □妊娠の可能性がある 現在授乳中ですか? □いいえ □はい
車のナンバー _____ カラー _____ 車種 _____
患者様の座っている場所 運転席 助手席 後部座席【運転手側 助手席側】