

受付番号

車診察

令和 年 月 日

ふりがな お名前	生年月日 西暦 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 _____℃
*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 _____℃
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
*以前に上記検査した事が ある・なし _____月 _____日 検査内容 ()
*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? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (予定日 _____年 _____月 _____日) <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性がある 現在授乳中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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】

新型コロナウイルス報告のためのお願い

必要時に保健所に報告することがあります。下記について、記載のご協力をお願いします。

患者氏名 _____ (未成年の場合 保護者の方の氏名 _____)

身長【 _____ 】 cm 体重【 _____ 】 Kg だいたいで構いません

ご職業(職種をお書きください) 職種 _____ 例 小売業、IT 関係、食品加工など

●感染場所に心当たりはありますか？(具体的に〇〇県〇〇市や〇〇学校などの建物名)

はい(_____)

感染したと思われる日にち _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ いいえ

●14日以内の渡航歴

はい(国名 _____ 詳細地域 _____ 出国日 _____ / 帰国日 _____ /)

●新型コロナウイルスワクチン接種歴(ワクチン名にはファイザーやモデルナなどをご記載ください)

あり; 1回目 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ワクチン名 _____

2回目 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ワクチン名 _____

3回目 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ワクチン名 _____

なし

●既往歴(あるものに○をつけてください)

悪性腫瘍 慢性閉塞性肺疾患 腎臓病 高血圧 糖尿病 高脂血症 喫煙歴

ダウン症 HIV やエイズの治療中 癌の治療中

心臓・脳神経・肝臓の病気(分かれば具体的に _____)

その他(_____)

●臓器移植、免疫抑制剤の使用 _____ あり・なし

●ご妊娠の可能性 _____ あり・なし

保健所からの連絡システム(新型コロナウイルス感染者等情報把握システム(HER-SYS))より通知してよろしいですか？(保健所へ日々の体調を報告していくシステムです。)

はい _____ いいえ _____