

ふりがな お名前		生年月日 西暦 年 月 日 ( 歳)	
住所 〒			
携帯		固定電話	
性別 男性 ・ 女性		体重 Kg	

\*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 現在 °C

発熱 最高 °C のどの痛み 咳（日中/夜間） 鼻水

痰 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

\*既往歴があればご記入ください。  
( )

\*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

\*以前に検査した事のあるものに○をつけてください

コロナ PCR 検査（ 月 日） コロナ抗原検査（ 月 日）

\*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】

