

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

新型コロナウィルス検査 (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】

