ID　　前回受診日　　年　　月　　日

氏名　　年齢　　歳　　性別（　　）

体温　　℃(院内)　SpO2　　%　PR　　Bp　　／

●いつから熱がでましたか？　　本日の体温　　℃

●感染症対策のため以下にお答えください

・新型コロナウイルス感染症の人との接触歴　有・無

・インフルエンザウイルス感染症の人との接触歴　有・無

●以下のあてはまる症状に〇をつけてください。

喉の痛み　　咳　　痰　　鼻汁　　鼻づまり　　息苦しさ

味覚障害　　嗅覚障害　　倦怠感　　寒気　　関節痛　　頭痛

嘔気　　嘔吐　　下痢　　排尿時の痛みや下腹部の不快感

その他の症状（　　）

●新型コロナウイルスワクチン接種の有無

あり（　回目：　年　月　メーカー名：　　）　　無し

●今までかかった病気や怪我、現在治療中の病気があれば記入してください

●使用中の薬や注射があればご記入ください

●アレルギーがあれば症状も含めご記入ください

●妊娠の可能性　あり（　　週）・無し　　●授乳中　あり・無し

●タバコ　　本/日　　年間　（禁煙された方：　　本/日　　歳～　　歳）

●飲酒の習慣

ビール　日本酒　ウイスキー　焼酎（その他　　）を 1 日に（　　ml・　　本）

●検査希望

・希望する（コロナ抗原検査・インフルエンザ検査・コロナ PCR 検査）

・希望しない

・Dr と相談したい

30 分の絶飲食（水も不可）で来院された方はＰＣＲ検査が可能です。
令和 5 年 5 月 8 日よりコロナの検査は検査費用が発生します。ご了承ください。