

ID

年 月 日

氏名

年齢

歳

性別 ()

体温 °C(院内) SpO2 % PR Bp /

●いつから熱がでましたか？ 本日の体温 °C

●新型コロナウイルス感染症対策のため以下にお答えください

・2週間以内の海外渡航歴・県外への移動 有・無 場所() 期間(~)

・海外渡航歴、県外移動歴がある方との接触歴 有・無
わかる範囲で ()

・新型コロナウイルス感染症の人との接触歴 有・無

・新型コロナウイルス感染症の人と接触歴がある人との接触 有・無

●以下のあてはまる症状に○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

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 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 (その他) を1日に (ml)

●唾液による新型コロナウイルス PCR 検査

希望する 希望しない Dr と相談

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。PCR検査費用は公費の補助があり自己負担は発生しません。診察費用は通常通り必要となります。また、厚生労働省のデータベースに名前と検査結果を登録させていただくことになります。