予約あり・なし

受診申込書

受付番号

※該当するところに○をつけてください。

APN

1. 受診者			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年月日・年齢	T・S・H・R 年 月 日 (歳)
住所	〒 -		
電話番号(携帯)		電話番号(自宅)	
家族・保護者名		続柄	
2. 体温			
体温	°C (月 日 時現在)	体重 (12歳以下の方はご記入下さい)	kg
3. 症状・薬のアレルギー・基礎疾患・他院での受診歴等			
_____ 月 _____ 日から 発熱 咳 頭痛 のどの痛み 鼻汁 全身倦怠感 嘔気・嘔吐 下痢 その他の症状 ()			
服用できない薬剤 (薬剤アレルギー等)	あり (薬剤名:) ・ なし		
服用できない薬の形状	あり (錠剤 ・ カプセル ・ 粉 ・ シロップ) ・ なし		
基礎疾患等の有無	あり (高血圧 糖尿病 心不全 肥満(BMI30以上) 免疫抑制剤の使用) その他 () ・ なし		
他院での受診	こちらの診療所を受診される直前に、どちらかの医療機関を受診されていますか？		
	はい (病名:) ・ いいえ 処方された薬 ()		
妊娠の有無	あり (週) ・ なし		
4. コロナワクチン接種歴			
あり ・ なし			
5. 当院の受診暦			
1ヶ月以内に当院を受診されましたか？ はい (月 日) ・ いいえ			
6. 今回の症状の推定感染源			
あり (新型コロナウイルス ・ インフルエンザ ・ その他 ()) いつ、どこで、誰と () ・ なし			
・新型コロナウイルス感染症の自主検査しましたか？ はい (陽性 ・ 陰性) / いつ () ・ いいえ ・インフルエンザの自主検査しましたか？ はい (陽性 ・ 陰性) / いつ () ・ いいえ			
7. 車のナンバー、色 ※車でお待ちいただく場合がありますので、ご記入ください。			
ナンバー		色	