

予約あり・なし

受診申込書

※該当するところに○をつけてください。

受付番号

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 湿疹

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
服用できる薬剤	すべて / 錠剤 ・ カプセル ・ 粉 ・ シロップ ・ 漢方
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ましたか？
	はい (病名:) ・ いいえ 処方された薬 (あり ・ なし)
妊娠の有無	あり (週) ・ なし

4. 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

5. 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