

フリガナ	(姓) (名)	※	大正 昭和 平成 令和
お名前	男 ・ 女	※ 生年 月日	年 月 日
※ ご住所	〒 -	※ 電話	【携帯】 - -

当院初めての方はご記入ください（※ 診察券をお持ちの方は省略可）

発症日 (発熱)	AM・PM 日前の 時頃から	体温	1日前 度	今日 度	ピーク時 度
			.	.	.

コロナ・インフルエンザの検査を希望されますか？

希望します

※検査の実施については医師の判断となりますので、ご希望に添えない場合があります。

症状について、該当する項目に ○ をつけてください。

頭痛	セキ	のどの痛み	筋肉痛	体のだるさ	食欲不振
鼻水鼻づまり	消化器症状	関節痛	寒気	発汗	

・ 1 か月以内にコロナやインフルエンザにかかりましたか？ はい ・ いいえ

・ 3 日以内にコロナやインフルエンザ患者と接触しましたか？ はい ・ いいえ

「はい」の場合 コロナ ・ インフルエンザ A 型 ・ インフルエンザ B 型
本人との関係 同居の家族(父・母・子供・兄弟) ・ その他 ()

・ (女性の方のみ)現在妊娠している あるいは はい ・ いいえ
妊娠している可能性はありますか？

・ (12 歳以下の小児のみ) 現在の体重はご記入ください . kg

その他、気になることがあればご記入ください。

ご記入が終わりましたら、受付へお渡しください。