

- ☐ マイナンバー
☐ 保険証あり
☐ 保険証なし

診療申込書(発熱外来用) ID:

ふりがな		性 別	男	女	年齢
氏 名					才
住所	〒	生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日		
携帯 ☎ () 自宅 ☎					

● 発熱した日にち⇒ 月 日

● ここ1週間の最も高かった体温 _____ 度

● 当院にて _____ 度

該当する項目に☑、○

● 周囲の感染症流行状況 (又は陽性者) 、

☐ コロナ ☐ インフルエンザ ☐ 溶連菌 ☐ 手足口病 ☐ その他()

● 発熱以外の症状 ☐ なし (無症状)

☐ コロナ抗原自主検査⇒ 陽性・陰性 (いつ 月 日 / どこで 自宅・他院)

☐ 咳 ☐ 痰 ☐ 鼻水 ☐ 咽頭痛 ☐ 息苦しさ ☐ 頭痛 ☐ 腹痛 ☐ 下痢 ☐ 吐き気

☐ 悪寒 ☐ 倦怠感 ☐ 味覚障害 ☐ 嗅覚障害 ☐ 関節痛 ☐ その他()

★その症状はいつ頃から ()

● 既往歴

☐ なし

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 喘息 ☐ その他 ()

● 現在服薬中の薬

☐ なし

☐ あり ⇒お薬手帳を提示ください。

● 女性の方へ

現在、妊娠中ですか ☐ いいえ ☐ はい (月)

現在、授乳中ですか ☐ いいえ ☐ はい

● 小児の方へ 体重 Kg