

フリガナ				性別	男 ・ 女	
名前						
生年月日	T・S・H・R	年	月	日	年齢	歳
住所	(〒 -)					
電話番号	※PCR検査を行った際や連絡の際に使用いたします。必ず連絡の取れる電話番号を記入して下さい。					
※患者が未成年の場合は 保護者氏名・住所・連絡先				保護者氏名 住所・連絡先		
身長	cm	体重	kg	★BMI		
来院時体温		°C		★SpO2	%	
どのような症状がありますか？該当する症状に○をつけてください。						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 発熱 (°C) ・ 頭痛 ・ 嗅覚・味覚障害 ・ 症状なし ・ その他 () ・ 咳 ・ 嘔吐 ・ 全身倦怠感 ・ のどの痛み ・ 下痢 ・ 呼吸苦 ・ 鼻汁 ・ 結膜炎 						
症状はいつからですか？						
コロナ陽性者と接触はありましたか？		はい ・ いいえ				
濃厚接触者の可能性はありますか？		はい ・ いいえ				
コロナワクチン 接種歴	有 ・ 無 ファイザー / モデルナ		1回目	R	年	月 日
			2回目	R	年	月 日
			3回目	R	年	月 日
アレルギー	無 ・ 有 ()			妊娠の可能性 無 ・ 有		
喫煙	無 ・ 有					
これまでかかったことのある病気に○をつけてください						
<ul style="list-style-type: none"> ・ 悪性腫瘍 ・ 慢性閉塞性肺疾患 (COPD) ・ 喘息 ・ 慢性腎臓病 ・ 心血管疾患 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 脂質異常症 ・ 脳卒中 ・ てんかん ・ その他 免疫の機能が低下している疾患 () 						

※なるべくすべての項目をご記入ください。★は当院で使用します。