ふりがな	
患者氏名	
連絡のつく 電話番号	
来院手段	□自家用車　□徒歩/その他(待機場所:　　) 車種:　　ナンバー:　　色:

受診日　　ID

● 下記の中に治療中の病気があれば 該当病名に○ を入れて下さい
高血圧　糖尿病　高脂血症　気管支喘息　狭心症　不整脈
心筋梗塞　胃十二指腸潰瘍　肝臓病　脳梗塞　脳出血
リウマチ
[その他]

● インフルエンザ・コロナ抗原検査を希望しますか　無 ・ 有

● 現在、かかりつけの病院や定期的に内服している薬はありますか 無 ・ 有
[かかりつけの医療機関名]　[定期的に内服している薬]

● 今回の症状で本日以外に受診していますか　無 ・ 有
受診日　　月　　日
[医療機関名]

● 同居または身近な方で流行している病気はありますか　無 ・ 有
[「有」の場合:流行している病気]

● 下記の中でアレルギー反応(皮膚のかゆみや動悸等)を
起こしたことはありますか　無 ・ 有
(内服薬 ・ 注射薬 ・ 麻酔薬 ・ 造影剤 ・ 食品)
[薬品名・食品名]

現在の症状についてうかがいます。□ にレを入れ、いつからどのような症状かご記入下さい

症状	いつから	詳細
□ 発熱	月　日 ～	最高　　℃
□ 鼻水	月　日 ～	
□ せき	月　日 ～	
□ 頭痛	月　日 ～	
□ 倦怠感	月　日 ～	
□のどの痛み	月　日 ～	
□ たん	月　日 ～	
□ 腹痛	月　日 ～	
□ 嘔吐	月　日 ～	1日　回
□ 下痢	月　日 ～	1日　回　軟便 ・ 水様便
□ その他	月　日 ～	

[ ]

● 【女性の方】現在、妊娠中・授乳中ですか
いいえ ・ はい(妊娠中(　ヶ月)・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性あり)

●身長　[　　] cm

●体重　[　　] kg

＊＊ 病院記入欄 ＊＊

検査
□ 自宅にて抗原検査実施　検体持参
□ 抗原 (陰性 ・ 陽性　コロナ(+)　・ インフル(+))
□ PCR (院外 ・ 院内)
□ RSウイルス　□ 溶連菌　□ アデノウイルス
□ その他