

ふりがな

お名前 ()

現在の体温 ()℃

年齢 ()才

性別 (男 ・ 女)

どちらかに○をつけてください。





駐車場内の車の中で待機されますか？ はい () いいえ ()


※症状によってはこちらから車での待機をお願いする場合がございます。




携帯番号 ()

- 1 () 新たな症状があるため
 () 前回受診の続き……
 () 良くなってきた () 変わらない () 悪くなった () 受診するよう言われた

- 2 その症状はどんな症状ですか。当てはまる項目に○をつけてください。
- () 発熱 いつからですか【 】 その時の体温【 】℃
 () せき いつからですか【 】
 () 呼吸時のぜいぜい、ヒューヒュー、ゼロゼロ いつからですか【 】
 () 息苦しい いつからですか【 】
 () 鼻水・鼻づまり・くしゃみ いつからですか【 】
 () のどの痛み いつからですか【 】
 () 頭痛 いつからですか【 】
 () 腹痛 いつからですか【 】
 () 下痢・軟便 いつからですか【 】
 () におい・味覚がおかしい いつからですか【 】
 () おう吐 いつからですか【 】
 () 発疹 いつからですか【 】
 () その他の症状 【内容 】
 いつからですか【 】

-  () 前回の薬がなくなるため
 () 定期薬がなくなるため
 () 前回の検査結果を聞くため
 () その他……【内容 】

-  当てはまる項目に○をつけてください。
- 食事はとれていますか () いつも通り () いつもより少ない () とれていない
 水分はとれていますか () いつも通り () いつもより少ない () とれていない
 機嫌や元気はよいですか () いつも通り () いつもより悪い () 悪い

-  その他気になることがありますか はい () いいえ ()
 他の医療機関で薬を処方されていますか () はい () いいえ
 保育園・学校・家庭で流行している病気がありますか はい ()
 いいえ ()