

フリガナ：
氏 名： 性別： 男・女
生年月日： 大・昭・平・令 年 月 日 歳
郵便番号： □□□-□□□□
住 所：
電話番号：

◆発熱はいつからですか。その他の症状はありますか。

発熱（ / から発熱。最高 度）頭痛 喉の痛み 咳

下痢 嘔吐 味覚障害 嗅覚障害

その他（ ） コロナ陽性者との濃厚接触

◆ワクチン接種

（接種未・接種済み 1回目 / 2回目 / 3回目 / ）

◆治療中の病気はありますか？

いいえ・はい（病名 ）

◆入院や手術をしたことがありますか？

いいえ・はい（病名 ）

◆薬や食べ物のアレルギーはありますか。

いいえ・はい（食べ物： 薬： ）

☆女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中ですか？いいえ・わからない・はい（ 週）

現在、授乳中ですか？いいえ・はい

【来院時 VS】

BT： SAT： P：

小児 Wt