

氏名： \_\_\_\_\_ ( 歳 ) 性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

(携帯電話番号 \_\_\_\_\_ ) 住所 \_\_\_\_\_

行動歴について

- ① コロナウイルス感染者との接触はありましたか？ いいえ はい ( 月 日 )
- ② 1か月以内に県外へ行きましたか？ いいえ はい (地域 \_\_\_\_\_ )
- ③ 1か月以内に県外へ行った人と接触しましたか？ いいえ はい (地域 \_\_\_\_\_ )
- ④ 1か月以内に流行地域へ行きましたか？ いいえ はい (地域 \_\_\_\_\_ )
- ⑤ 1か月以内に流行地域へ行った人と接触しましたか？ いいえ はい (地域 \_\_\_\_\_ )

現在の症状について

今現在の体温 \_\_\_\_\_ 度 不明 \_\_\_\_\_ 一番高い時の熱 \_\_\_\_\_ 度

2週間以内に37.3度以上の発熱がありましたか？ ない ある (いつ 月 日)

喉の痛み ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

咳 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

鼻水 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

息切れ ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

胸の痛み ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

だるさ ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

頭痛 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

関節痛または筋肉痛 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

その他痛みの部位 ( \_\_\_\_\_ )

発疹 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

腹痛 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

下痢 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

嘔吐 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

味覚障害 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

嗅覚障害 ない ある (いつ頃から 月 日頃から)

その他症状 ( \_\_\_\_\_ )

1か月以内に受診した医療機関名と診断名

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ ) 診断名 ( \_\_\_\_\_ )

医療機関名 ( \_\_\_\_\_ ) 診断名 ( \_\_\_\_\_ )

※ 服薬リストまたはお薬手帳をコピーさせていただきますので受付にお渡してください(来院の場合)

現在治療中の病気 ない ある ( \_\_\_\_\_ )

今までにかかったことがある病気 ○で囲んで下さい

喘息 心臓の病気 肝臓の病気 腎臓の病気 結核 脳の病気

糖尿病 高血圧 脂質異常症 甲状腺の病気 その他 ( \_\_\_\_\_ )

※ 自家用車でクリニック駐車場に待機される場合は記入して下さい

車種： \_\_\_\_\_ 色： \_\_\_\_\_ ナンバー： \_\_\_\_\_

