診　療　申　込　書　②

令和　　年　　月　　日受付
受付NO：　　時刻：

※受診される方についてお書きください

ふりがな		
氏名		（　男　・　女　）
生年月日	大・昭・平　　年　　月　　日生（　　才　　ヶ月）	
現住所	電話：　　－　　－	

1．どのような症状で来院されましたか？

発熱 →　　月　　日　　時頃から　最高　　℃

熱 ・ 頭痛 ・ のどの痛み ・ 咳 ・ 痰 ・ 鼻水くしゃみ ・ 胸の痛み ・ 息苦しさ
からだがだるい ・ 胃腸症状（下痢嘔吐） ・ 味がわかりづらい ・ においがわかりづらい
その他（　　）

2．周囲に新型コロナ感染症に感染した方、または感染疑いの方はいますか？　ない ・ ある

3．今回の症状で他の医療関係に受診、お薬を服用しましたか？（市販薬も含む）　ない ・ ある

4．現在治療中の病気はありますか？ ※お薬やお薬手帳をお持ちの方は後程医師にお見せ下さい。

ない
ある→□糖尿病　□心臓　□呼吸器　□腎臓　□免疫抑制治療　□がん
その他（　　）

5．今までに長期の治療を要する病気、または手術をしたことはありますか？

ない ・ ある　　病名（　　）
現在：治療中　経過観察　治った（　　年前）

6．（女性の方のみ）　現在妊娠中（ はい ・ いいえ ）
現在月経中（ はい ・ いいえ）（最終月経　　月　　日 ）

7．（１５歳以下の方）　体重を教えてください　　ｋｇ位

8．アレルギーはありますか？（薬・食物・花粉など）　ない ・ ある