

ご予約日時 R 年 月 日 時 分 *クリニックで登録後、患者様にお知らせします。

①氏名 (フリガナ) ()	②性別 男・女	③生年月日 西暦 年 月 日 (歳)
④当該者所在地 〒 -	⑥同居人 あり・なし	
⑤電話番号 連絡先1： 連絡先2：		⑦職業 ⑧18歳以下 保護者氏名・連絡先 保護者氏名： 保護者連絡先：
⑨問診		
1. いつから熱が出ていますか？ (月 日 時頃から 最高 ℃)		
2. いつからどのような症状がありますか？○をつけてください。 (月 日 時頃から) (だるさ 咳 痰 喉の痛み 息切れ 味がしない 消化器症状) その他 ()		
3. 新型コロナウイルス感染の方と接触がありましたか？ (あり・なし) →【あり】の方 時期と場所と該当者との関係 ()		
4. 検査センターまたは自宅で検査を事前に受けましたか？ (はい・いいえ) →【はい】の方 検査結果 (陽性疑い・陰性疑い) 検査日 (月 日)		
5. 新型コロナウイルスの検査を希望されますか？ (はい・いいえ)		
6. 症状を和らげるお薬を希望される方は、お薬に○をつけてください。 (解熱剤 喉の痛み止め 咳止め 痰切り) → 薬・食べ物のアレルギーはありますか？ (あり・なし) () →【解熱剤】ご希望の方 体重(約 kg) ※体重からお薬の用量を判断します。 →【喉の痛み止め】ご希望の方 ピルの内服されていますか？ (はい・いいえ)		
7. 現在、治療中のご病気はありますか？ (はい・いいえ) →【はい】の方 病名 () 内服薬 ()		
8. 喫煙しますか？ (はい・いいえ)		
9. 女性の方へ妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)		
10. コロナワクチン予防接種はお済みですか？ (はい・いいえ) →【はい】の方 最終接種日 (回目 年 月 日) 接種ワクチン ()		