

ふりがな		生年月日	大平・昭令	年 月 日	男 ・ 女
お名前					
住所	〒				平熱 ( ) °C
TEL	☎ 自宅・携帯		緊急連絡先	☎ 続柄 ( )	

症状についてお伺いします (当てはまるものにチェック)

- 発熱 (いつから ( ) (ピーク時 ( ) °C) )
- 咳 (いつから ( ) )
- 痰がらみ (いつから ( ) )
- のどの痛み (いつから ( ) )
- 鼻水 (いつから ( ) )
- 鼻づまり (いつから ( ) )
- 息苦しさ (いつから ( ) )
- 腹痛 (いつから ( ) )
- 下痢 (いつから ( ) )
- 身体のだるさ (いつから ( ) )
- 頭痛 (いつから ( ) )
- 筋肉痛 (いつから ( ) )
- 関節痛 (いつから ( ) )
- 嗅覚障害 (いつから ( ) )
- 味覚障害 (いつから ( ) )

アレルギーはありますか

- なし
- あり
  - 薬 ( )
  - 食べ物 ( )
  - その他 ( )

今までやってきたお仕事について

職業名 ( )  
( ) 歳 ~ ( ) 歳まで

●コロナワクチン接種

未  済 ( 年 月 日 回目)

●本日のお支払方法 ※感染防止のためキャッシュレス決済を推奨しております。

クレジット  キャッシュレス決済  現金払い

paypay、ID、交通系IC、楽天edy、WAON、nanaco、Quicpay

新型コロナウイルス感染症疑いの方との接触の有無

なし  あり

現在またはこれまで治療した病気について

病名	年齢	治療した病院
1		
2		
3		

お薬 (現在飲んでいるお薬を記載してください)

★お薬手帳をお持ちの方はお薬手帳で大丈夫です。

たばこについて

- 吸ったことがない
- 現在吸っている 1日最大 ( ) 本 ( ) 歳 ~
- 過去に吸っていた 1日最大 ( ) 本 ( ) 歳 ~ ( ) 歳

お酒について

- 飲まない
- 飲む 週 ( ) 日 種類: 量: 1日

妊娠について (妊娠しているもしくは妊娠の可能性はありますか)

いいえ  はい

来院のきっかけ

- 通りがかり
- ホームページをみて
- 駅の看板
- 知人・家族の紹介
- ワクチンで来院した
- その他 ( )

スタッフ記入欄

体温: °C SpO2 % HR

★抗原検査 あり なし ★PCR検査 あり なし