

ふりがな	生年月日	(西暦)	年	月	日
お名前	(未成年の場合保護者名もご記入ください)				
ご住所	(現在お住まいの住所を記入ください) 〒			ご職業	
TEL	携帯電話		自宅		
※常に連絡のとれる番号を記入ください					

こちらで記入します

SpO2: PR:

- 今回の症状が出始めたのは 月 日 来院時体温: °C
- この症状で別の病院に受診していますか いいえ / はい → 紹介状 あり/ なし
- 症状を具体的に記入してください(書ける範囲でお願い致します)
  - 体温・昨日 °C ・おととい °C
  - 検査を受けて陽性になった (検査日: 月 日/検査方法: PCR・抗原)
  - のどの痛み (月 日から)  せき (月 日から)  強いだるさ (月 日から)
  - 頭痛 (月 日から)  息苦しさ (月 日から)
  - 味覚異常 (月 日から)  嗅覚異常 (月 日から)
  - 吐き気 (月 日から)  嘔吐 (月 日から)  下痢 (月 日から)
  - その他のご症状( )
- インフルエンザウイルス陽性者との接触はありましたか  
いいえ / はい → どの方が陽性でしたか? ( )
- 新型コロナウイルス感染症陽性者との接触はありましたか  
いいえ / はい → どの方が陽性でしたか? ( )
- 二週間以内に海外渡航をしましたか  
いいえ / はい → [いつ頃: 渡航先: ]
- 新型コロナウイルスワクチンの接種をうけましたか(わからなければ「不明」と記入してください)  
いいえ / はい → [・接種回数 回 ・最終接種年月 年 月 ]
- 下記の疾患があれば、○をつけてください(他に治療中の疾患があれば、その他にご記入ください)  
悪性腫瘍 / 慢性閉塞性肺疾患(COPD) / 慢性腎臓病 / 高血圧 / 糖尿病 / 脂質異常症  
肥満(BMI30以上) / 喫煙歴 / その他疾患( )  
→ 当院以外で治療中であればご記入下さい。(医療機関名: /治療内容: )

**!! 重要 !!**

- ◎ 今までに、薬によるアレルギーが出た事がありますか? ある方は薬品名と症状を記入して下さい  
いいえ / はい → (薬品名: 症状: )
- ◎ 今までに採血等で気分が悪くなったことがありますか? はい / いいえ
- ◎ 緑内障の既往歴はありますか? はい / いいえ
- ◎ (男性の方のみ) 前立腺肥大症の既往歴はありますか? はい / いいえ
- ◎ (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか? はい ( 週) / いいえ
- 現在、授乳中ですか? はい / いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

- マイナ保険証(マイナンバーカードの健康保険証利用)による診療情報取得に同意しますか?  
いいえ / はい
- (9で「いいえ」の方のみ) 現在他の医療機関で処方されている薬はありますか?  
いいえ / はい → (処方されている薬の名前: )
- (9で「いいえ」の方のみ) 1年以内に特定健診を受診しましたか?  
いいえ / はい → ・受診時期: 年 月頃  
・指摘事項(例;高血圧など):