

年 月 日  
フリガナ \_\_\_\_\_ 〒 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

大 昭 平 年 月 日生 ( 歳 ) 体重 \_\_\_\_\_ kg 電話 \_\_\_\_\_

1. 本日はどのような症状で受診をされましたか？ 症状に○をつけてください 本日の体温 \_\_\_\_\_ °C  
発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 咽頭痛 ・ 関節痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐

（ その他 \_\_\_\_\_ ）

2. その症状はいつ頃からありますか？ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日ころから

3. その症状について、他の医療機関で治療を受けましたか？  
いいえ ・ はい (いつ: \_\_\_\_\_ 病院: \_\_\_\_\_)

4. 本日、希望される検査等がありますか？ ○をつけてください  
コロナ PCR 検査 (結果は翌日)    コロナ抗原検査 (結果は 15 分程度)    インフルエンザ抗原検査

5. コロナワクチン接種歴  
未接種 ・ 接種済 ⇒ 最終接種 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 回目 (ファイザー・モデルナ・その他)

6. 持病の有無、服用中のお薬はありますか？ ○をつけるか直接ご記入ください。  
※お薬手帳をお持ちであれば、保険証と一緒に提示してください。  
糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 脂質異常 ・ ぜんそく ・ 前立腺肥大症 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳血管疾患 ・ 悪性腫瘍 ・ 緑内障

7. 今までに薬や食べ物で体に異常が起きた事がありますか？ ○をつけるか直接ご記入ください。  
食べ物 ・ 抗生物質 ・ ピリン ・ 風邪薬 \_\_\_\_\_ で \_\_\_\_\_ 発疹 ・ 嘔吐 ・ 気分不快 ・ ショック

8. 下記についてもご記入をお願いします。  
タバコ : 吸う ・ 吸わない    酒 : 飲む ・ 飲まない  
健康診断 : 受けていない ・ ほぼ毎年受けている ⇒ 最後に受けた年 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月  
検診結果 : 異常なし ・ 異常あり ⇒ 異常を指摘されている内容をご記入ください。

9. 今までに治療したことのある大きな病気・けが・手術等がありますか？

10. 女性の方へ ○をつけてください  
妊娠 : している (第 \_\_\_\_\_ 週目) ・ 妊娠していない    授乳中 : ( はい ・ いいえ )  
生理 : ( 順調 ・ 不順 ・ 月経困難 ・ 無 ・ 閉経 才 )