

ふりがな		性別	体重
お名前		男 女	kg
生年月日	昭和・平成・令和	年	月 日 (才)
郵便番号	〒	-	
住所			
電話番号	()		
喫煙歴	なし	あり (____年 × ____本数)	
本日の体温をご記入ください	_____°C		
37.5°C以上の発熱はありましたか	はい ____月 ____日 ____時から____°C いいえ		
気になる症状を選択して下さい	咳 鼻水 のどの痛み 吐き気 嘔吐 腹痛 下痢 頭痛 倦怠感 関節痛 その他()		
基礎疾患がある方は選択して下さい	糖尿病 高血圧 脂質異常症 脳血管疾患 認知症心不全 呼吸器疾患 抗がん剤の使用 その他()		
妊娠中/授乳中ですか	いいえ はい ____週		
アレルギーはありますか	いいえ はい 薬剤() 食品・その他()		
当院では偽陰性を防ぐため37.5°C以上の発熱から12時間以上経っている方へ コロナウイルスやインフルエンザの抗原検査を推奨しています。 今回の検査が陰性で翌日当院での再検査を希望される場合は、自費になる可能性があります。			