



【ふりがな】

【生年月日】

【氏名】

(男・女) 平成・令和

年

月

日

↓こちらは、項目に変更がありましたらご記入ください

【住所】 〒

-

【連絡先ご自宅】

【携帯電話】

【身長】

cm

【体重】

kg

【診察前の体温】

度

分

① 本日は、どのような内容で来院されましたか？

発熱 咳 (乾いた咳、 しめった咳、 ケンケンした咳) ぜーぜーする のどの痛み

鼻水 嘔吐 下痢 皮膚症状 (発疹、乾燥など) その他 ()

いつからですか？ ()

② 過去2週間以内にコロナウイルス陽性者との接触はありますか？

ない ・ ある ()

③ ご家族やまわり、保育園や学校などで流行している病気はありますか？

ない ・ ある ()

④ その他、ご質問やご希望がありましたらご記入ください。

ない ・ ある ()

ご記入いただきありがとうございました