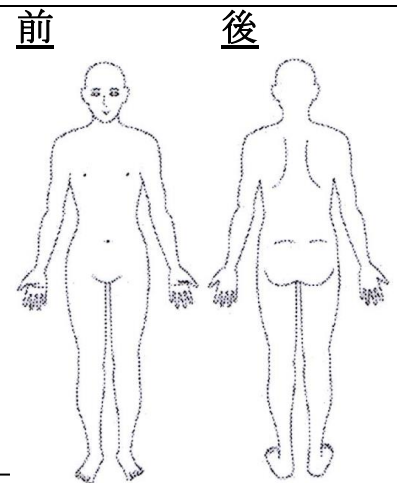


ふりがな 氏名	(男・女)	生年 月日	M・T・S・H	年	月	日
------------	-------	----------	---------	---	---	---

…本日(年 月 日)受診された理由…
【いつから?】

【どのような症状ですか?】



※該当する部位に○を付けて下さい。

現在の体温 °C 体重 Kg

1ヶ月以内に、海外及び国内旅行にいかれましたか? (はい ・ いいえ)

はいの場合 (日程: ~ 場所:)

● コロナワクチンを接種されましたか? (はい ・ いいえ)

→はいの方は接種日をご記入ください。 1回目() 2回目()

①次にあてはまる項目を○で囲み () 内へ記入して下さい。

- ・熱 (ねつ) 何日から () 最高何度ですか? (°C)
- ・腹痛 (ふくつう) 何日から ()
- ・嘔吐 (おうと) 何日から () 回数…約 (回)
- ・下痢 (げり) 何日から () 回数…約 (回)
- ・便秘 (べんつう) 1日 約 (回)

- ・頭痛 ・喉の痛み ・関節痛 ・咳 ・たん ・胸痛 ・めまい
- ・湿疹 ・食欲不振 ・吐き気 ・その他 ()

②今まで入院や手術をしたことがありますか?

《いつ頃》 《病名》

③次のような病気で治療を受けたことがありますか?

- ・心臓病 ・肝臓病 ・腎臓病 ・糖尿病 ・アレルギー
- ・喘息 ・高血圧症 ・その他 ()

④現在、服用中の薬がありますか?

《薬品名》

⑤今までに薬や注射で気分不良、じんましん、喘息などの症状がでたことがありますか?

《薬品名》 《症状》

⑥現在妊娠中、もしくは授乳中ですか? (はい ・ いいえ)

⑦現在、妊娠の可能性はありますか? (はい ・ いいえ)

⑧お酒は飲まれますか? (はい ・ いいえ)

→種類 1日 程度

⑨タバコは吸われますか? (はい ・ いいえ)

→1日 約 本