

ふりがな 氏名		歳	男・女	M・T・S・H・R	年	月	日
------------	--	---	-----	-----------	---	---	---

● 枠内は必ずご回答ください ●

◎ 現在これらの症状はありますか？あてはまるものに○をしてください

咳/たん 筋肉痛 関節痛 倦怠感 のどの痛み 鼻水 呼吸困難 味覚障害 嗅覚障害 なし

◎ コロナウイルス感染症と診断された事がありますか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）いつ頃ですか（ / 療養期間： ～ ）

◎ コロナやインフルに感染している方と接触はありましたか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）いつ頃ですか（ ）

◎ 本日の体温を教えてください（ ℃ ）

◎ マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）本日、診療情報取得に同意されましたか（はい・いいえ）

1. 受診理由を教えてください

どうされましたか？

その症状はいつからですか？

2. 今まで入院・手術をしたことがありますか（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）いつ頃： 病名：

3. 次の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  
 その他( )

4. 現在、服用中の薬がありますか？（はい・いいえ） “はい”と回答された方は、お薬手帳を受付にご提出ください

5. 薬や食物でアレルギーはありますか？（はい・いいえ）

（“はい”と回答された方）薬： 食物：

6. お酒は飲まれますか？（はい・いいえ）（“はい”と回答された方… 種類： /1日 程度）

7. タバコは吸われますか？（はい・いいえ）（“はい”と回答された方… 1日 本）

【女性の方のみ】

8. 現在妊娠中、もしくは授乳中ですか？（はい・いいえ）

9. 現在、妊娠の可能性はありますか？（はい・いいえ）