

お薬手帳をお持ちの方は受付にお出し下さい コロナ (+ ・ -) インフル (+ ・ -)

フリガナ		生年月日
名前		T・S 年 月 日 (歳) H・R
住所	(〒 -)	
携帯番号	自宅・本人・父・母・その他 ()	
※未成年のかた	保護者名	
当院の判断によりコロナ抗原検査をさせていただくことに 同意します ・ 同意しません		

現在の症状に○をつけてください。		
症状はいつからですか？ ____月____日 来院時体温： ____℃ 発熱 (____月____日 午前・午後 ____時から) 最高 ____℃ のどの痛み・咳・痰・頭痛・倦怠感・息苦しさ・鼻水 吐き気・嘔吐 (____回) ・下痢 (____回) その他 ()		
7日以内に同居家族で コロナの発生があった	なし	あり (発生日 ____月 ____日)
基礎疾患	なし	糖尿病・高血圧・コレステロール・呼吸器疾患・透析中 抗がん剤使用中・免疫抑制剤使用中・その他 ()
薬のアレルギー	なし	あり ()
薬の形状	錠剤希望 ・ 粉薬希望	
※女性のみ (妊娠・授乳)	なし	妊娠中 ・ 授乳中

※65歳以上の方、妊婦の方は下記のご記入もお願いします。

喫煙歴	なし	あり (1日 ____本 ____年間)
コロナワクチン接種歴	____回	直近 ____年 ____月 ____日：ファイザー／モデルナ／不明

<当院使用欄>		
SpO2 (____%)	名前 _____	____歳
		____kg
コロナ (+ ・ -)	インフル (+ ・ -)	来院日 ____月 ____日
つつじが丘診療所		