

問診 担当		医 事 課	受付 時間	:	<input type="checkbox"/> 新患 <input type="checkbox"/> 再来 ID()	受付 番号	診察 Dr.
カガナ 氏名	(男 女)	車以外・車(車種 _____ NO _____ 色 _____)					
住所 〒	生年月日	T	S	H	年	月	日 (歳)
							職業
電話番号	携帯番号						
発熱 有 _____ °C / 無	7日以内での発熱 有 () / 無						
新型コロナ陽性者との接触 有 / 無	新型コロナ濃厚接触者との接触 有 / 無						
新型コロナ クチン接種状 況	1回目 未接種 / 接種日 ()	年	月	日	製造会社 ()		
	2回目 未接種 / 接種日 ()	年	月	日	製造会社 ()		
	3回目 未接種 / 接種日 ()	年	月	日	製造会社 ()		
新型コロナウイルスを疑う症状	咽頭痛、咳、鼻水、鼻閉、痰、呼吸困難感、頭痛、倦怠感、嘔気、嘔吐、下痢、味覚障害、 嗅覚障害、関節痛、胸痛、めまい、意識低下						
他の症状							
基礎疾患・既往歴・アレルギー歴・妊娠中・授乳中・その他	かかりつけ医 無・有 ()						

※赤線の枠内にご記入ください。

- ・事前にかかわらず、お電話にてご連絡ください。
- ・保険証をご持参ください。
- ・駐車場に到着されましたら、お電話にてご連絡ください。