

☆裏返して青いポケットに入れて下さい

ふりがな
名前

(歳)

TEL (携帯電話): — —

*熱の出始め(月 日 午前/午後 時頃 °C)

*一番高い時の熱 (°C)

*来院時の熱 (°C)

*4日以上続いてますか? (はい/いいえ)

*主な症状(○して下さい)

・咳 ・喉の痛み ・痰 ・息苦しさ ・鼻水 ・腹痛 ・下痢
・嘔吐 ・便秘 ・頭痛 ・だるさ ・悪寒 ・関節痛 ・筋肉痛

*家族 周囲に感染者がいますか? インフル / コロナ
・いない・いる どなたか? ()

*感染者又は感染疑いの人との接触は?
(無 / 有)

*保健所への連絡
(している / していない)

*他院にかかりましたか?
(はい / いいえ)

*インフルエンザの検査
(希望する / 希望しない / 分からない / 他院で検査済み)

*他院で検査済みの方(いつ /どこ 病院)

*解熱剤・風邪薬
(使用してない / 使用してる ⇒何を?())

*体重 (Kg)

✂ スタッフ記入欄 ✂

*来院方法
(車 / バイク / 徒歩 / 自転車)

*会計場所
(仮設待合 / 車)

*処方箋
(となりの薬局 / かかりつけ薬局)