

お名前 _____ 様 _____ 才 _____
体重 _____ kg _____

ねつ (_____ 携帯番号 _____
_____ °C) (平熱 _____ °C)



*いつ頃からどのような事でお悩みですか？

いつから・どのように？ (経過を具体的に裏面にも)

現在下記の症状がある場合はチェックを。

- ☐発熱 ☐せき ☐頭痛 ☐鼻水 (透明・白色・黄色・緑色)
☐のどの痛み ☐たん (透明・白色・黄色・緑色)
☐関節の痛み ☐体がだるい ☐めまい ☐ふらつき
☐動悸 ☐息切れ ☐呼吸困難 ☐食欲がない
☐腹痛 ☐下痢 ☐吐き気 ☐むくみ
☐その他の症状 (_____)

★上記のうち最もひどい症状に○を付けてください。

*今回の事で受診した、他医療機関はありますか？

*市販薬も含め服用中の薬は？ (薬手帳を提示ください)

*体に合わない薬がありますか？

*うつる病気を持つ可能性のある方との接触

☐有 (感染症名 _____) ☐なし

*女性の方のみ。妊娠の可能性はありますか？

☐有 ☐なし