

発行年月日

ID

氏名

様

内科診療申込書（発熱等の有症状専用）

受診日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	
氏名					
住所	〒 -	電話番号 (携帯)	-	-	

病院記入欄	体温	℃	SpO2	%	血圧	脈拍
-------	----	---	------	---	----	----

主症状	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり（薬剤・食物・その他） <input type="checkbox"/> なし 種類：（ ）
	妊娠有無	<input type="checkbox"/> あり（ ）か月 <input type="checkbox"/> なし
	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり（ ）年 <input type="checkbox"/> なし

該当する項目がある場合は☑し、必要事項を記入してください。

1. 該当する症状にチェック☑してください。

・発熱	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・下痢	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・せき	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・はきけ	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・たん	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・頭痛	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・息苦しい	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・筋肉痛	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・だるい	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・関節痛	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・のどの痛み	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・発疹	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・味がわからない	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし	・その他	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし
・においがわかりにくい	<input type="checkbox"/> あり（ / ~）	<input type="checkbox"/> なし			

2. 同居または職場（同部署）の人に、上記1.と同じ症状が該当する場合はチェック☑してください。

あり（症状： ） なし
上記の症状が発生した日 年 月 日

3. 14日以内に、3密の場所や疑わしい場所を訪れた。

はい（下記に記入） いいえ
訪問日 年 月 日 訪れた場所（ ）

4. 14日以内に、コロナウイルス陽性の人と接触した。

はい（下記に記入） いいえ
接触日 年 月 日 接触した場所（ ）
接触者との関係 家族・職場・知人・その他（ ）

5. 14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。

はい いいえ

6. 同居人または職場に、自宅隔離を要請されている人がいる。

はい いいえ

7. 14日以内に、海外渡航歴がある。

はい（下記に記入） いいえ
国名（ ） 帰国日 年 月 日

8. 治療中の病気

<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患	<input type="checkbox"/> 肝臓病	<input type="checkbox"/> 喘息	すべて
<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> 膠原病	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍（ ）			該当なし
<input type="checkbox"/> その他（ ）						<input type="checkbox"/>

9. 服用中、治療中の薬

<input type="checkbox"/> 免疫抑制剤（ ）	<input type="checkbox"/> ステロイド（ ）	すべて
<input type="checkbox"/> 常用薬（ ）	<input type="checkbox"/> その他の薬（ ）	該当なし
		<input type="checkbox"/>

10. 新型コロナワクチン接種歴

接種済み 未接種

初回接種日 年 月 日 二回目接種日 年 月 日

■ 上記症状により診療の申し込みを致します。 看護師確認

※自家用車で待機の場合のみ記入

車種： （色： ） ナンバー： 車庫ナンバー：