

内科診療申込書（発熱等の有症状専用）

受診日 年 月 日

患者氏名	フリガナ	生年月日	年齢	性別	
住所	〒				
第一連絡先			第二連絡先		
体温	℃	病院記入欄	SPO2 %	血圧	脈拍
主症状	アレルギー		□ あり () □ なし		
	妊娠有無		□ あり (月) □ 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。			喫煙歴	□ あり (年) □ なし	
1) 該当する症状にチェック☑してください					
・発熱 □ あり (/ ~) □ なし					
・せき □ あり (/ ~) □ なし					
・たん □ あり (/ ~) □ なし					
・息苦しい □ あり (/ ~) □ なし					
・だるい □ あり (/ ~) □ なし					
・のどの痛み □ あり (/ ~) □ なし					
・下痢 □ あり (/ ~) □ なし					
・はきけ □ あり (/ ~) □ なし					
・頭痛 □ あり (/ ~) □ なし					
・筋肉痛 □ あり (/ ~) □ なし					
・関節痛 □ あり (/ ~) □ なし					
・発疹 □ あり (/ ~) □ なし					
・その他 □ あり (/ ~) □ 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、海外渡航歴がある、または海外渡航歴のある方と接触した。 □ はい（下記に記入） □ いいえ					
国名 () 帰国日 年 月 日 接触日 年 月 日					
6) 治療中の病気					
□ 糖尿病 □ 高血圧 □ 心臓病 □ 脳血管疾患 □ 肝臓病 □ 喘息					
□ 腎臓病 □ 透析 □ 膠原病 □ 悪性腫瘍 ()					
□ その他 ()					
すべて該当なし □					
7) 服用中、治療中の薬 ● 解熱剤・風邪薬使用の有無 □ あり ・ □ なし					
□ 免疫抑制剤 () □ ステロイド ()					
□ 常用薬 () □ その他の薬 ()					
すべて該当なし □					
8) 新型コロナワクチン接種歴 □ 接種済み □ 未接種 ワクチン接種回数 (回)					
直近のコロナワクチン接種年月日 年 月 日 直近に接種したコロナワクチンの種類					
1. ファイザー 2. モデルナ					
3. その他 ()					
9) 今回の症状が出現してから新型コロナウイルスの検査を受けた。 □ はい（下記に記入） □ いいえ					
結果 (陰性 / 陽性) 検査日 年 月 日					
10) マイナ保険証による診療情報取得に同意する。 □ はい □ いいえ					
■ 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 :					

○当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
○正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。