年　　月　　日

フリガナ 氏　名			男・女
生年月日	T・S・H・R　　年　　月　　日　　（　　歳）		
住　所	〒　　－		
電話番号	自宅	□実家(学生の方で固定電話がない方)	
	携帯		
職　業		付き添い　□有　□無	
来院時の交通手段	徒歩　自転車・バイク　車（車のナンバー＿＿＿＿＿＿）　その他		
保護者氏名 （未成年の場合）	フリガナ		
	氏　名		
保護者の住所	□ 同上	〒　　－	
保護者電話番号	自　宅	携　帯	
コロナワクチン接種	1回目（未・済）　年　月　日接種（ファイザー・モデルナ） 2回目（未・済）　年　月　日接種（ファイザー・モデルナ） 3回目（未・済）　年　月　日接種（ファイザー・モデルナ） 4回目（未・済）　年　月　日接種（ファイザー・モデルナ）		

熱　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

咳　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

痰　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

痰の色は　□緑　□黄　□白　痰の性状は　□粘調　□サラサラ

咽頭痛　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

呼吸苦　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

倦怠感　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

頭痛　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

臭覚異常　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

味覚異常　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

下痢　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

□水様便　□泥状便　□軟便　１日＿＿＿回

嘔気　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

嘔吐　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

食欲低下　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

飲水低下　無　□今日から　□昨日から　□２日前から　□3 日前から　□その他（　　）

アレルギー　無　□食べ物＿＿＿＿＿＿□薬剤＿＿＿＿＿＿□その他＿＿＿＿＿＿

治療中の病気　無　病名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

薬の服用　無　薬剤名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

喫煙　□吸わない　□吸っている＿＿＿本／１日＿　□以前吸っていたがやめた

□抗凝固薬・抗血小板薬（血液をサラサラにするお薬）の服用　□緑内障

□前立腺疾患　□心筋梗塞　□狭心症　□喘息　□ペースメーカー装着

□授乳中　□妊娠中または妊娠の可能性がある