

令和 年 月 日

フリガナ

お名前 性別 男・女 年齢 歳 生年月日 年 月 日

住所 〒

職業（職種、または学校名、保育園名等をご記入下さい）

携帯番号 車：車種・ナンバー・色

いつからどのような症状がありますか？ 当てはまるものに丸をつけてください
月 日から
発熱 咳 痰 鼻水 喉が痛い 頭痛 吐き気 下痢 腹痛
息苦しさ だるさ においが分かりにくい 味が分かりにくい
その他()

項目	回答欄
① 2週間以内にコロナ患者、または濃厚接触者と接触しましたか？	はい いいえ
② コロナに感染したことはありますか？	はい いいえ
③ コロナワクチンは接種済みですか？ （「はい」の方は何回目まで接種してますか？ _____回目）	はい いいえ
④ たばこは吸いますか？	はい いいえ
⑤ 女性の方への質問です。妊娠中ですか？	はい いいえ
⑥ - アレルギーはありますか？	はい いいえ
⑦ お子様の場合、薬の剤形の希望はありますか？「はい」の方は下に希望を書いて下さい。（例：粉薬、シロップ、錠剤等）・希望の剤形： _____	はい いいえ
⑧ 現在お薬は飲んでいますか？	はい いいえ

----- 以下病院記入欄 -----

体重 _____ kg SPO2 _____ %