

フリガナ

1. 氏名 \_\_\_\_\_ 今の体温 \_\_\_\_\_ °C  
※未成年の場合、保護者の氏名 \_\_\_\_\_
2. 住所 〒 \_\_\_\_\_ 職業 ( \_\_\_\_\_ )
- 
3. 電話番号① ( \_\_\_\_\_ ) ワクチン接種 [ あり ] 最終ワクチン接種日時  
電話番号② ( \_\_\_\_\_ ) ファイザー・モデルナ [ なし ] \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃  
( \_\_\_\_\_ ) 内は誰の携帯かわかるように記入をお願いします。 武田バックス ( \_\_\_\_\_ 回目)
4. 本日来院された理由について  
いつから? \_\_\_\_\_ より 検査 [ 抗原 ( + ・ - ) ] /  
どのような症状? [ PCR ( + ・ - ) ] /  
熱がある・あった ( \_\_\_\_\_ °C) 咳が出る 痰が出る 鼻水が出る 鼻づまり のどが痛い  
頭痛 息が苦しい 胸がいたい 食欲がない 吐き気・おう吐 お腹が痛い 下痢  
味覚異常 臭覚異常 倦怠感 排尿痛  
その他 ( \_\_\_\_\_ )  
◆以前に、新型コロナウイルス感染症に罹患したことはありますか? ( はい ・ いいえ )
5. 周囲に発熱している方、陽性患者はいますか? ( いる ・ いない )  
いる場合、関係→ ( \_\_\_\_\_ )
6. 感染リスクの高い場所、集会・イベントなどに行きましたか?  
( 行っていない ・ 行った → \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) →どこへ? ( \_\_\_\_\_ )
7. アレルギーはありますか? ( なし ・ ある ) → なんのアレルギー? ( \_\_\_\_\_ )
8. 嗜好品について 喫煙 ( ある ・ なし )
9. 【女性の方のみ】妊娠または妊娠の可能性はありますか? ( はい ・ いいえ )
10. ふだん治療中の病気はありますか? ( はい ・ いいえ )

病名 \_\_\_\_\_

どこに通院されていますか? \_\_\_\_\_

病院/クリニック \_\_\_\_\_

ご協力ありがとうございました