内科の診察を受けられる方へ

☆新型コロナウィルス感染予防のためご協力ください☆

ふりがな＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　記入日　令和　　年　　月　　日

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　　月　　日生（　　歳）

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

携帯TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　自宅TEL＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆発熱症状はありますか?　（　はい　・　いいえ　）現在＿＿＿＿＿℃

発熱はいつから　どれくらいの熱ですか？

（　　）

☆嗅覚に異常はありませんか？　（　はい　・　いいえ　）

☆味覚に異常はありませんか？　（　はい　・　いいえ　）

☆息苦しさはありませんか？　（　はい　・　いいえ　）

☆コロナウィルス感染地域に行きましたか？　（　はい　・　いいえ　）

どこですか？　（　　）

- 上記以外　どのような症状で来られましたか？

- その症状はいつから始まりましたか

- 食欲は　（ある・ふつう・ない）

- 睡眠は　（よい・ふつう・わるい）

- 今までに大きな病気にかかったことがありますか？　あれば書いてください

  病名　　（　　歳ころ）

  病名　　（　　歳ころ）

  病名　　（　　歳ころ）

- 血のつながった人で、ガン・脳卒中・高血圧・糖尿病・心臓病　その他特殊な病気にかかった人がいますか？　あれば書いてください

- アレルギーがありますか？　　はい・いいえ

  はいの方は何のアレルギーですか？わかれば書いてください

- 現在、何か薬を飲んでいますか？　　はい　・　いいえ

  はいの方はお薬手帳を見せていただくか具体的に書いてください

女性の方へ・・・　現在、妊娠中ですか？　はい　・　いいえ

現在、授乳中ですか？　はい　・　いいえ

ありがとうございました　　**佐々木クリニック**