

診察待機場所 自家用車 点滴室 診察室
会計待機場所 自家用車 点滴室 診察室
表 裏

来院日時 年 月 日

【患者情報】

カルテNo.			
氏名	生年月日	年 月 日	歳
携帯番号			
自家用車	車種(色):	ナンバー:	

【患者本人以外の連絡先】 ※こちらの記入も必ずお願いします。

ふりがな			
氏名	続柄		
住所	連絡先		

☆ウイルス感染拡大防止のために、お答えください。

現在の体温	℃	発熱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	いつから:	最高	℃
-------	---	--	-------	----	---

【以下の症状で該当するものにチェックしてください(複数可)】

- のどが痛い せきが出る 鼻水・鼻づまり 息苦しい 体がだるい
 下痢 においがわからない・味がしない その他()

【新型コロナウイルスに感染した方と濃厚接触または接触がありましたか】

- なし あり (月 日)

【行動歴・周囲の状況】

本人・同居家族の海外・県外への移動はありましたか。

- なし あり 《本人 同居家族 (月 日～ 月 日まで)(場所)》

会社・学校・施設内で新型コロナウイルスに感染した方がいますか。

- なし あり (月 日)

【診察時のご希望等】

--

※ 記入できましたらお電話ください。 TEL 0598-42-4455