

発熱外来診察申込書

年 月 日

ふりがな

氏名： _____ 様 男・女 (体温 _____ °C)

生年月日： 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 年齢 (_____ 歳)

住所： 〒 _____

電話番号：(携帯) _____ (_____)
 : (自宅) _____ (_____)

車の色： _____ 車のナンバー： _____

① 来院されたおもな理由に○をお付けください。

発熱 頭痛 鼻水 せき のどの痛み 胸痛 どうき 息切れ
 たん 腹痛 はきけ 胸やけ 下痢 便秘 貧血 発疹
 口内炎 体重が減った 口が乾く 食欲がない 排尿の異常
 関節の痛み 疲れやすい めまい 耳鳴り
 その他 (いつ頃からどのような経過かご記入ください)

② 今までに病気をされたことがありましたらご記入ください。

③ 現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

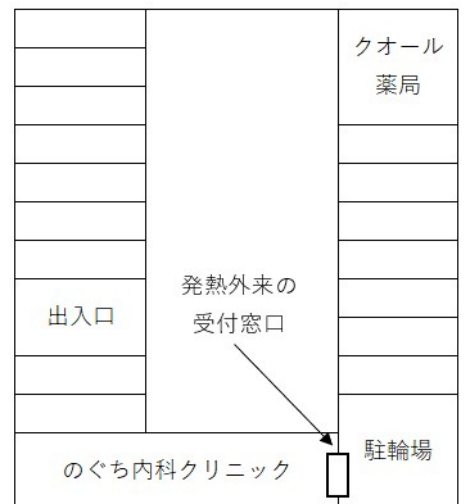
④ 薬のアレルギー (ある ・ ない)
 ある場合は薬の名前 (_____)

⑤ タバコ (すわない ・ すう _____ 本/日)

⑥ 妊娠 (している ・ していない)

⑦ 授乳 (している ・ していない)

⑧ 市販の抗原キットまたは別の医療機関で検査はされていますか
 はい (検査時期： _____ 結果：陽性 ・ 陰性) ・ いいえ



※ご来院されましたら、まず 049-279-6700 までお電話ください。