

発行年月日
ID
氏名

様

内科診療申込書（発熱等の有症状専用）

受診日 年 月 日

フリガナ		生年月日	年 月 日	性別	
氏名					
住所	〒 -	電話番号 (携帯)	-	-	

病院記入欄	体温	℃	SpO2	%	血圧	脈拍
-------	----	---	------	---	----	----

主症状	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり（薬剤・食物・その他） <input type="checkbox"/> なし 種類：（ ）
	妊娠有無	<input type="checkbox"/> あり（ ）か月 <input type="checkbox"/> なし
	喫煙歴	<input type="checkbox"/> あり（ ）年 <input type="checkbox"/> なし

該当する項目がある場合は☑し、必要事項を記入してください。

1. 該当する症状にチェック☑してください。

- | | | | | | |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------|------|-----------------------------------|-----------------------------|
| ・発熱 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・下痢 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・せき | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・はきけ | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・たん | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・頭痛 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・息苦しい | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・筋肉痛 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・だるい | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・関節痛 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・のどの痛み | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・発疹 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・味がわからない | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | ・その他 | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし |
| ・においがわかりにくい | <input type="checkbox"/> あり（ / ~） | <input type="checkbox"/> なし | | | |

2. 同居または職場（同部署）の人に、上記1.と同じ症状が該当する場合はチェック☑してください。

あり（症状： ） なし
上記の症状が発生した日 年 月 日

3. 14日以内に、3密の場所や疑わしい場所を訪れた。

はい（下記に記入） いいえ
訪問日 年 月 日 訪れた場所（ ）

4. 14日以内に、コロナウイルス陽性の人と接触した。

はい（下記に記入） いいえ
接触日 年 月 日 接触した場所（ ）
接触者との関係 家族・職場・知人・その他（ ）

5. 14日以内に、保健所からコロナウイルス濃厚接触者と指定された。

はい いいえ

6. 同居人に、自宅隔離を要請されている人がいる。

はい いいえ

7. 14日以内に海外渡航歴がある、または海外渡航歴のある方と接触した。

はい（下記に記入） いいえ
国名（ ） 帰国日 年 月 日 接触日 年 月 日

8. 治療中の病気

糖尿病 高血圧 心臓病 脳血管疾患 肝臓病 喘息 すべて
腎臓病 透析 膠原病 悪性腫瘍（ ） 該当なし
その他（ ）

9. 服用中、治療中の薬

免疫抑制剤（ ） ステロイド（ ） すべて
常用薬（ ） その他の薬（ ） 該当なし

10. 新型コロナワクチン接種歴

接種済み 未接種
初回接種 年 月 日 2回目接種 年 月 日 3回目接種 年 月 日
製薬会社名（ ） 製薬会社名（ ） 製薬会社名（ ）

■ 上記症状により診療の申し込みを致します。 看護師確認

※自家用車で待機の場合のみ記入

車種： （色： ） ナンバー： 車庫ナンバー：