

診察申し込み書(発熱外来・中学生以上、成人)ver3

No. 年 月 日

*ご連絡先(初診の方はすべて記入ください。再来の方は名前と前回との変更点があれば記入ください)

フリガナ	体重
お名前 様 男・女	kg
生年月日 西暦 年 月 日	ご年齢
住所 〒	
電話	
緊急連絡先(できれば携帯電話でお願いします)	続柄

*あてはまる症状に✓をつけてください。いま一番つらい症状に○を付けてください。

	熱(°C)	せき	たん	鼻水	のど痛	下痢・嘔吐	頭痛	その他
月 日								
月 日								
月 日								

*ぜんそくやアレルギーはありますか? (はい・いいえ) アレルゲン()

*普段の内服薬はありますか? (あり・なし)→あれば薬手帳などで持参し教えてください

*コロナ陽性であった場合にはコロナの抗ウイルス薬(当院ではゾコーバやパキロビットという薬を処方しています)は希望しますか? (希望する・希望しない・相談したい)

当クリニックをお知りになったきっかけを教えてください

近所(通勤・通学路)、ホームページ、広告(看板、電柱広告)、知人・家族の紹介、その他

*ほかにご要望がありましたら記載ください