

## 診療申込書

REGISTRATION FORM

紹介状・CDをお持ちですか？ DO YOU HAVE A REFERRAL LETTER・CD? <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> CD		No.	受付 DATE	年 YEAR	月 MONTH	日 DAY
フリガナ			旧姓			
患者氏名	FULL NAME (BLOCK LETTERS)		性別 SEX	男・女 M・F		
生年月日 DATE OF BIRTH	1. 大正                      3. 平成 2. 昭和                      4. 令和		年 YEAR	月 MONTH	日 DAY	
現住所 ADDRESS IN JAPAN	〒					
	電話 ( ) TELEPHONE No.					
緊急連絡先 AN EMERGENCY ADDRESS	(未成年保護者氏名)	(続柄)	電話 ( ) TELEPHONE No.			
勤務先 THE PLACE OF EMPLOYMENT	電話 ( ) TELEPHONE No.					
右記に該当する方は○をしてください。			交通事故 ・ 労災予定			

お願い：診療申込書に保険証を添えてお出してください。  
紹介状をお持ちの場合は、診療申込書と保険証に添えてお出してください。

## 発熱外来 問診票

氏名： 年齢： 歳

来院時の体温

℃

お車でご来院の方のみ記入ください

車種：	色：	ナンバー：
-----	----	-------

1. いつ頃から症状がありますか？

① 月 日 時頃 . °C ② 月 日 時頃 . °C

2. 下記の当てはまる項目に○をつけてください

- ① 味覚・嗅覚障害 ② 頭痛 ③ 咳・くしゃみ ④ だるさ ⑤ 息苦しさ ⑥ 吐き気 ⑦ おう吐  
⑧ 腹痛 ⑨ 下痢 ⑩ その他の症状( )

3. ご家族や職場(学校)等で、新型コロナ陽性の方と接触があった場合、下記の質問にお答えください

いつ頃：

誰と(その方とのご関係)：

4. 新型コロナワクチン接種について、下記の当てはまる項目に○をしてください

- ① ワクチン接種していない ② 3回接種した ③ 2回接種のみ ④ 1回接種のみ

5. 現在、治療中の病気はありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」 内容

6. 現在、飲んでいるお薬がありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」 内容

7. お薬や食べ物にアレルギーがありますか？

・ 「いいえ」

・ 「はい」 内容

8. 現在、または過去に喫煙歴がありますか？

・ ある ・ ない

9. 妊娠している可能性がありますか？

・ ある ・ ない