

受診される患者さんへ

ふりがな	性別 男・女	年齢	才
氏名	生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日生		
住所 〒()-()		電話	
身長 cm	体重 (15歳以下の方は記入) kg	体温 ℃	

1. いつ頃から症状がありますか。

(月 日 午前・午後 時ごろから)

2. 現在の症状を○で囲んでください。

発熱(°C)・せき(少し・ひどい)・たん・血痰・鼻水・のどの痛み
めまい・胸の痛み・動悸・息切れ・息苦しさ・胃痛・腹痛・吐き気
嘔吐(回)・下痢(どろどろ・水っぽい 回)・血便・排尿痛・血尿・残尿感
便秘(最終排便日 月 日)・発疹・体のだるさ・関節痛・味覚障害・嗅覚障害
その他()

3. 今までに病気や持病がありますか。現在治療中の病気はありますか。

今までに (あり・なし) 病名 ()
現在治療中 (あり・なし) 病名 ()
熱性けいれん(あり・なし)
緑内障 (あり・なし)

4. ふだん薬を飲んでいますか。(はい・いいえ) お薬手帳も提出してください。

わかれば薬の名前()

5. かかりつけの医療機関がありますか。(あり・なし)

6. アレルギー等ありますか。

ぜんそく (あり・なし)
食べ物 (あり・なし) 食品の名前 ()
薬 (あり・なし) 薬の名前 ()
その他(花粉症、アトピー等) (あり・なし)

◆熱・せき・強いだるさのある方は裏面の質問にもお答えください⇒⇒⇒

※ 女性の方へ

- ◎ 妊娠している可能性はありますか。(あり・なし)
- ◎ 現在 (妊娠中・授乳中) である。

① 新型コロナウイルス感染の疑いを持っていますか (はい ・ いいえ)
② 帰国者・接触者相談センター(豊川保健所 ☎86-3177)への連絡の有無 した(指示内容は) していない
③ <u>2週間以内</u> に市外への移動、旅行、集まり、飲み会などの参加 した() ・ していない ↓ 移動方法(車 ・ 電車 ・ バス ・ その他())
④ 勤務場所 ()
⑤ 定期的に外出していますか(習い事・スポーツクラブなど) ()
⑥ この症状について他医療機関で受診をしていますか (はい ・ いいえ)
⑦ 待機するお車について 色()、ナンバー()

受診される患者さんへ

ふりがな		性別 男・女	年齢	才
氏名		生年月日 (明・大・昭・平・令) 年 月 日生		
住所 〒()-()			電話	
身長 cm	体重 (15歳以下の方) kg	体温 °C		

1. いつ頃から症状がありますか。

(月 日 午前・午後 時ごろから)

2. 現在の症状を○で囲んでください。

発熱(°C)・せき(少し・ひどい)・たん・血痰・鼻水・のどの痛み
めまい・胸の痛み・動悸・息切れ・息苦しさ・胃痛・腹痛・吐き気
嘔吐(回)・下痢(どろどろ・水っぽい 回)・血便・排尿痛・血尿・残尿感
便秘(最終排便日 月 日)・発疹・体のだるさ・関節痛・味覚障害・嗅覚障害
その他()

3. 今までに病気や持病がありますか。現在治療中の病気はありますか。

今までに (あり・なし) 病名 ()
現在治療中 (あり・なし) 病名 ()
熱性けいれん(あり・なし)
緑内障 (あり・なし)

4. ふだん薬を飲んでいますか。(はい・いいえ) お薬手帳も提出してください。

わかれば薬の名前()

5. かかりつけの医療機関がありますか。(あり・なし)

6. アレルギー等ありますか。

ぜんそく (あり・なし)
食べ物 (あり・なし) 食品の名前 ()
薬 (あり・なし) 薬の名前 ()
その他(花粉症、アトピー等) (あり・なし)

◆熱・せき・強いだるさのある方は裏面の質問にもお答えください⇒⇒⇒

※ 女性の方へ

- ◎ 妊娠している可能性はありますか。(あり・なし)
- ◎ 現在 (妊娠中・授乳中) である。

① 新型コロナウイルス感染の疑いを持っていますか (はい ・ いいえ)
② 帰国者・接触者相談センター(豊川保健所 ☎86-3177)への連絡の有無 した(指示内容は) していない
③ 2週間以内に 市外への移動、旅行、集まり、飲み会などの参加 した() ・ していない ↓ 移動方法(車 ・ 電車 ・ バス ・ その他())
④ 勤務場所 ()
⑤ 定期的に外出していますか(習い事・スポーツクラブなど) ()
⑥ この症状について他医療機関で受診をしていますか (はい ・ いいえ)
⑦ 待機するお車について 色()、ナンバー()