

理事長 / 院長 NO. _____ 名前 _____ 男 / 女

生年月日 _____ 年 / _____ (_____ 歳) 携帯番号 _____ - _____ - _____

車 番号 _____ - _____ 車以外(徒歩、バイク、自転車) 体重 _____ kg

住所 〒 _____ - _____ _____

・熱 現在 _____ °C いつから _____

・咳 いつから _____ ・鼻水 いつから _____ 色 _____

・倦怠感 いつから _____ ・喉痛い いつから _____

・息苦しさ いつから _____

・その他の症状 _____

・家族、学校、職場で咳き込んでいる人や熱など風邪症状の人、コロナ濃厚接触の方
いない / いる _____

・治療中の病気 なし / あり → _____

・服用薬 なし / あり → _____

・妊娠 なし / あり (予定日 _____ 年 月 日) ・授乳中 いいえ / はい

★コロナ検査希望 する・しない

★コロナワクチン接種 未接種・接種済み _____ 回

最終接種日 R _____ 年 _____ 月 _____ 日

★コロナに感染したこと ない / ある いつ頃 _____

★薬アレルギー (_____)

診察前に病院までこの問診票と保険証(受給資格)をFAXしてください。

高熱の場合はできるだけ事前に病院までお電話いただければご案内をいたします。
またお車でのご来院をお願いいたします。お車でない場合は屋外のテントでお待ち
いただく場合がございます。

FAX 番号 : 059-354-4133