

発熱・咳 診療 申込書

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
氏名					(満	歳)	
住所	〒	—	(携帯電話	—	—)	
			(自宅	—	—)	
職業		勤務先	(電話	—	—)	

保険証 情報

本人・家族 (←表記があれば○をする)

記号 :	番号 :
保険者番号 :	資格取得日 :
世帯主 :	

問診

どなたか紹介者はありますか？
なし ・ あり : 保健所 ・ 病院 ・ 友人 ・ 家族 (名前:)

当院を受診された事がありますか？
なし ・ あり (いつ頃? 昭和・平成・令和 年)

1) 困っている症状を教えてください
発熱 : なし ・ あり (いつから: ~:最高 °C)
咳 : なし ・ あり (いつから: ~)
息苦しさ : なし ・ あり (座っていても苦しい ・ 歩くと苦しい , いつから: ~)
味覚・嗅覚異常 : なし ・ あり (いつから: ~)
コロナ陽性患者との接触: なし ・ あり (いつ: ~)
・その他、特別に伝えたい症状があれば記入してください。

2) この症状で、ほかの医療機関に受診されたことはありますか？
なし ・ あり (医療機関名: 、病名:)

3) 過去の病気、もしくは今治療中の病気はありますか？
1. ぜん息 2. じんましんなどのアレルギー疾患 3. 心臓病 4. 不整脈 5. 高血圧
6. 腎臓病 7. 肝臓病 8. 糖尿病 9. 脂質異常症 10. 脳疾患 11. 結核 (ろくまく)
12. その他 ()

4) 薬のアレルギーはありますか？
なし ・ あり (薬剤名:)

5) 妊娠、授乳していますか？
なし ・ 分からない ・ あり (妊娠 ヶ月、授乳中: 完全母乳、ミルクと混合)

6) その他、治療に関して具体的な希望があればお書き下さい

※ 記入したら、車内もしくは、駐輪場のイスでお待ちください。

辰巳内科医院