

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	昭和・平成 年 月 日 (才)
住所	〒 _____ 都 道 府 県	日中のご連絡先	
		(自宅・携帯・勤務先) - -	
初めての方へ 当クリニックを何でお知りになりましたか? ホームページ・看板 紹介されて(知人・薬局・医務室)その他()			診療明細書の発行を希望 する ・ しない

_____ °C _____ SpO2

* 新型コロナウイルス感染症について

発症日：R 年 月 日 療養終了日：R 年 月 日

・どんな治療をしましたか (Oをつけ、症状についてもご記入ください)

無症状 自宅療養 ホテル療養 入院治療 酸素投与 点滴治療 その他()

症状 [_____]

・コロナワクチン予防接種 未接種 ・ 接種済

1回目 R 年 月 日 2回目 R 年 月 日 3回目 R 年 月 日
(ファイバー・財布) (ファイバー・財布) (ファイバー・財布)

* 既往歴等について

<p>現在治療中の病気</p> <p>現在 飲んでいる薬・サプリメントなど</p>	
--	--

・過去に治療・手術した病気は？ (虫垂炎・胃潰瘍・胆石・婦人科など)

ない・ある [_____] [オ]

・薬や食物でアレルギーはありますか？

ない・ある [薬名 _____ 食べ物 _____]

・ご家族で病気の方はいますか？

なし・あり [病名 _____] [父・母・兄弟・ _____] [オ]

・たばこ

吸わない・吸う _____ 本/日 やめた _____ 年前

・アルコール (のまない・ のむ)

(ビール・日本酒・ワイン・焼酎・ _____) などを 1日 _____ cc 週 _____ 日

氏名

様

A. 現在お困りの症状を○で囲んで、症状の程度を数字に○をして教えてください

例) かゆみ 1 (少し) 2 (ある) 3 (強い) 4 (とても強い)

内科の症状	少し	ある	強い	とても		少し	ある	強い	とても	
微熱	1	2	3	4		倦怠感	1	2	3	4
咳	1	2	3	4		たん	1	2	3	4
頭痛	1	2	3	4		筋肉痛・関節痛	1	2	3	4
胸の痛み	1	2	3	4		動悸	1	2	3	4
食欲低下	1	2	3	4		体重減少	1	2	3	4
下痢	1	2	3	4						

耳鼻科の症状	少し	ある	強い	とても		少し	ある	強い	とても	
嗅覚障害	1	2	3	4		味覚障害	1	2	3	4
鼻水・鼻づまり	1	2	3	4		咽頭痛	1	2	3	4

メンタルの症状	少し	ある	強い	とても		少し	ある	強い	とても	
意欲や思考力低下	1	2	3	4		不眠	1	2	3	4

皮膚科の症状	少し	ある	強い	とても	その他
脱毛	1	2	3	4	

B. 後遺症の症状で気になることや困っていることなど具体的にお書きください

(いつ頃からの症状で、日常生活に影響がある、仕事に支障がある、など)