「発熱用」

保川内科医院

固定電話番号：0258-89-8798
発信専用電話番号：080-8444-0657(医院から発信のみ)

※※ご記入後、受付に提出をお願い致します※※

氏　名	ふりがな 様	性別　男 ・ 女 体重　　ｋｇ(薬用量設定のため)
生年月日	大正・昭和・平成・令和　西暦　　年　　月　　日（　　歳）	
住所	〒（　　―　　）マンション名、または枝番までご記入ください	
電話番号	携帯電話　　―　　―　　自宅など他の緊急連絡先　　―　　―	

車名(例:プリウス　　)	車の色(　　)	車ナンバー4桁(　　―　　)
車を止めた場所　□ 医院出入口近く　□ 薬局近く　□ 第二駐車場		

□の該当箇所に　**レ点**　をお願い致します

■マイナンバーカードの健康保険証による診療情報取得について　□承諾する　・□辞退する

●コロナ・インフルエンザの同時検査のみです　検査希望はありますか？　□はい　□いいえ

●いつから？　　月　　日
□今日から □昨日から □2日前から □数日前から

●どのように？ □頭痛 □のど痛 □咳 □痰 □鼻水 □鼻づまり □鼻水が喉に垂れる
□熱(　　度) □関節痛 □下痢 □吐き気・嘔吐 □腹痛
その他【　　】

●ご自身でのコロナ検査　　月　　日【□陰性 □陽性】
●ご自身でのインフルエンザ検査　　月　　日【□陰性 □陽性】

ご家族内にコロナやインフルエンザの方　コロナ □いない □いる　インフルエンザ □いない □いる

●薬や食べ物などで、副作用やアレルギーはありますか？ □いいえ □はい【　　】

●女性の方へ　妊娠中や妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？ □いいえ □はい（妊娠中・授乳中）

●タバコ：□吸っていない,(□吸っていた)　□吸っている　　お酒：□飲まない　□飲む

※内服中の薬があれば、薬手帳を診察室でご提出をお願い致します。