

「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 k g (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 <input type="checkbox"/> 医院出入口近く <input type="checkbox"/> 薬局近く <input type="checkbox"/> 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。