

「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)

※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。