

発熱外来へ来院された方へ

下記の項目について、御記入ください。

20	年	月	日	
ふりがな				男・女
お名前				
生年月日	年	月	日生	
連絡先	携帯:	()		
<small>・2つ記載</small>	自宅かメール:			
住所	〒	—		

○ 小学生までのお子さん 体重(kg)

○ 女性の方にうかがいます。

・ 妊娠をされていますか？

いいえ・はい(ヶ月)

・ 授乳をされていますか？

いいえ・はい

1. 発熱(37.3度以上)はありますか？

はい 日前から 最高体温は(°C)

いいえ

2. 以下の症状で該当するものにチェックしてください。

咳が出る のどが痛い だるさがある

息苦しい 匂いがしない 味がしない

胸が痛い 下痢

その他()

3. 以下の項目で該当するものにチェックしてください。

濃厚接触者といわれている。

1週間以内にコロナの人に接触した。

密閉空間、密集場所などを訪れた。

4. 新型コロナワクチン接種について

接種した。1回目(月) 2回目(月)・なし

接種していない

5. 今まで大きな病気と診断されたことはありますか？

いいえ・はい(具体的に)

6. 今までに薬や注射でアレルギーと言われたことはありますか？

いいえ・はい(具体的に)

ご協力ありがとうございました。しばらくお待ちください。和田クリニック