

お名前 _____ 年齢 (_____) 体重 _____ kg

続柄

ご連絡先に変更がある方。 (ご自宅 _____ - _____) (携帯 _____ - _____) (_____)
〒 _____

1. この1週間以内に発熱、咳などの症状がありましたか。
○をつけてください。(はい・いいえ)

2. 家庭内や職場等でコロナウイルスの感染徴候がある方はいますか。
○をつけてください。(はい・いいえ)

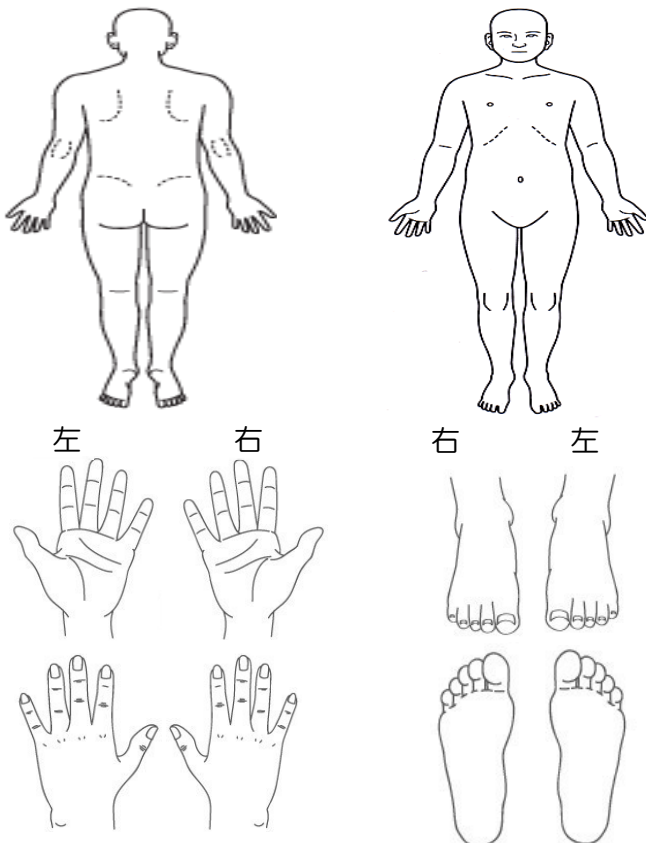
3. 症状の経過はいかがですか。 ○をつけて下さい。
・良くなった ・少しよくなった
・あまりかわらない ・悪くなった
・その他 (_____)

4. お薬はどのくらい残っていますか？

塗り薬 _____

飲み薬 _____

5. 今回の症状がある場所はどちらですか？症状がある所に○をつけて下さい。



いつからですか？

どのような症状ですか？

女性の方で該当する方は○をつけて下さい。

妊娠中 (_____ 月 / 予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)、授乳中 (生後 _____ 歳 _____ 月)

☆お薬手帳をお持ちの方は、診察室でお出し下さい。

★お薬は 錠剤 ・ 粉薬 を希望します。