☆携帯番号記入して下さい

ふりがな
名前　　（　　歳）

TEL（携帯電話）：　　ー　　ー

＊熱の出始め（　　月　日　午前/午後　　時頃　　℃）

＊一番高い時の熱　　（　　℃）

＊来院時の熱　　（　　℃）

＊4日以上続いてますか？　（　はい/いいえ　）

＊主な症状（○して下さい）

・咳　・喉の痛み　・痰　・息苦しさ　・鼻水　・腹痛　・下痢
・嘔吐　・便秘　・頭痛　・だるさ　・悪寒　・関節痛　・筋肉痛

＊家族 周囲に感染者がいますか？　　インフル　/　コロナ
・いない・いる　どなたか？（　　）

＊感染者又は感染疑いの人との接触は？
（ 無 / 有 ）

＊保健所への連絡　　＊他院にかかりましたか？
（している　/　していない）　　（はい　/　いいえ）

＊インフルエンザの検査
（希望する /希望しない /分からない /他院で検査済み）

※他院で検査済みの方（いつ　　/どこ　　病院）

＊解熱剤・風邪薬
（使用してない /使用してる　⇒何を？（　　）

＊体重　　（　　Kg）

＊来院方法
（　車　/　バイク　/　徒歩　/　自転車　）

＊会計場所
（　仮設待合　/　車　）

＊処方箋
（　となりの薬局　/　かかりつけ薬局　）