

## 診察受付カード

本日受付番号

受診者情報	フリガナ			車ナンバー	
	氏名	男・女		—	
	保護者氏名	*未成年の方は保護者様の氏名をご記入ください。		保険証・マイナンバー	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日生 ( 歳)			検査キット持参の方
		薬の処方が必要ためご記入お願いします 体重 ( Kg)			コロナ ( + ・ - )
	住所	〒 ( — ) 区			インフルエンザ ( + ・ - )
		本日連絡の取れる携帯電話 ( — — )			
	同居している家族構成	配偶者・子・親・兄弟・弟妹・その他 ( )			
来所方法	自家用車・タクシー・その他 ( )	ご希望の方は ご記入下さい	錠剤・粉薬・シロップ		

## \*新型コロナワクチンを何回接種しましたか？

1回・2回・3回・4回・5回・無・不明	検査の希望	コロナ インフルエンザ	希望・希望なし 希望・希望なし
最終接種日 : 年 月	ファイザー・モデルナ・その他 ( )		

## \*主な症状を○で囲み下記の質問にお答え下さい。

発熱 ( °C)	せき	のどの痛み	鼻水	胸痛	動悸・息切れ	全身倦怠感	頭痛
はく・はきけ	げり	嗅覚・味覚障害	めまい	発疹(ほっしん)	その他 ( )		
主な症状はいつ頃・何時頃からですか	月 日 ( 午前・午後 時) 頃から						
基礎疾患のある方は○をつけてください。	悪性腫瘍・COPD・慢性腎臓病・高血圧・糖尿病・脂質異常症 肥満(BMI30以上)・喫煙歴・その他 ( )						
薬、注射、食物などで何か異常やアレルギーがあったことはありますか	いいえ・はい	内 容					
普段服用している薬はありますか また、今日特別に服用した薬はありますか	いいえ・はい	薬の名前 ・ わからない					
かかりつけの医療機関はありますか	いいえ・はい	医療機関名					
2週間前までに外国にいましたか	いいえ・はい	地 名					
コロナ陽性者と接触した可能性はありますか	いいえ・はい	接触した人は _____ 同居・別居					

## \*女性の方へ\*

現在妊娠中ですか	いいえ・はい・わからない	授乳中ですか	いいえ・はい
----------	--------------	--------	--------

## \*当院は国のすすめるマイナ保険証の利用に努めています\*

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。	
マイナ保険証による診療情報に同意しますか	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない