

お名前

お子様のみ 体重 kg

①いつからですか？☐今日(朝・昼・夕方・夜) ☐昨日 ☐__日前
☐その他 _____

②今日はどうされましたか？

- ・耳の症状 ☐痛み(右・左) ☐耳だれ(右・左) ☐耳鳴り(右・左) ☐めまい
☐聞こえにくい(右・左) ☐耳がこもる感じ(右・左)
☐その他 _____
- ・鼻の症状 ☐鼻づまり ☐鼻水 ☐鼻血(右・左)
☐その他 _____
- ・喉の症状 ☐のど痛み ☐咳 ☐痰 ☐声がれ ☐違和感(ｲﾝ ｲﾝ 等)
☐その他 _____
- ・その他の症状 _____

③2週間以内に熱が37.0℃以上ありましたか？

- はい(____日に____℃)・いいえ
→ 検査は済んでいますか？(はい・いいえ)

④1ヵ月以内にコロナ感染していましたか？ はい・いいえ
→ はいの方は(____月____日発症、____月____日から解除)

⑤現在、飲まれているお薬はありますか？ ☐いいえ

☐はいの方は→※お薬手帳をお持ちでしたらお見せください。

お持ちでない方→病院名
薬名

⑥ご住所・電話番号は、以前とお変わりないですか？

変更あり→ 新住所 〒 _____ 新 TEL _____

⑦<女性の方へ> 妊娠の可能性:なし・あり(妊娠__週目)、授乳中