

車種： \_\_\_\_\_ 色： \_\_\_\_\_ No： \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

名前 \_\_\_\_\_

性別： 男 ・ 女 / 年齢： \_\_\_\_\_ 歳 / 体重： \_\_\_\_\_ kg

生年月日： T・S・H・R / / 郵便番号： \_\_\_\_\_ -

住所： \_\_\_\_\_

スタッフ記載欄

受付： \_\_\_\_\_

部屋 \_\_\_\_\_

待ち \_\_\_\_\_

陽性の場合は必ず電話で告知いたします。知らない番号からの着信を拒否にする設定の方は、解除してください。

携帯電話： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ 自宅・ご家族など： \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

職場： \_\_\_\_\_ 仕事内容： \_\_\_\_\_

飲めない剤型： 錠剤 粉剤 液剤 既往： 気管支喘息 熱性けいれん

アレルギー： なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

治療中の疾患： なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

常用薬： なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

★ 女性の方へ 妊娠している ( \_\_\_\_\_ 週) 授乳している

該当する部分に + (症状が強ければ ++ → +++) と記載してください。						(医師記載欄)
	本日	1日前	2日前	3日前	4日前	
体温	°C	°C	°C	°C	°C	
頭痛						
のどの痛み						
味覚障害						
嗅覚障害						
鼻汁						
咳						
痰						
嘔気・嘔吐						
下痢						
腹痛						
だるさ						
息切れ						
関節痛						
筋肉痛						
食欲低下						
他 ( _____ )						

同居家族： \_\_\_\_\_ 人(家族構成： \_\_\_\_\_ )

できるだけ詳しく検査してほしい(希望する検査：レントゲン CT検査 血液検査 喘息の検査(肺機能検査))

検査はあまりしたくない

★ 新たな検査・治療を開発するため、臨床データや検体などを使用した研究への協力 協力する 協力しない

所見・検査 (スタッフ記載欄)

咽頭発赤 +・- 扁桃腫大 +・- 頸部LN腫脹 +・- 心雑音 +・- ラ音 +・-

コロナ抗原検査 (+・-) PCR検査 (検体No \_\_\_\_\_) コロナ抗原検査(+)-XP検査 Flu抗原検査 (+・-)

コロナ・Flu抗原同時 (コロナ +・- / Flu +・-) XP検査(部位： \_\_\_\_\_) CT検査(部位： \_\_\_\_\_)

FeNo・気道抵抗・スパイロ 採血( \_\_\_\_\_ )

DIV( \_\_\_\_\_ ) ネブライザー