

お名前:

職業:

来院時体温:

℃

1. 症状について教えてください。<「あり」の場合はいつからの症状かをご記入ください>

発熱	・あり () ・なし	咳	・あり () ・なし
息苦しさ	・あり () ・なし	のどの痛み	・あり () ・なし
鼻汁 鼻閉	・あり () ・なし	強いだるさ	・あり () ・なし
頭痛	・あり () ・なし	嘔気 嘔吐	・あり () ・なし
下痢	・あり () ・なし	その他の症状	

2. 上記1の症状に対して、お薬を使用しましたか？

・使用した (使用時間:) (薬品名:)
・使用していない

3. ご家族や身近な方についての情報を教えてください。

同じような症状の方はいますか？
・いる ()
・いない

感染症の診断がついている方はいますか？
・いる ()
・いない

4. 内服や注射等で治療中の病気はありますか？

・ある (病名:) (薬品名:)
・ない

5. お薬のアレルギーはありますか？

・ある (薬品名や種類の情報:)
・ない

6. (女性の方のみ) ご妊娠中または授乳中ですか？

・妊娠中 (週目) ・授乳中 ・該当なし