

当院では、院内感染防止等に留意した対応を行っています。

家庭内や職場等でコロナウイルスの感染徴候がある方はいますか。

○をつけてください。(はい・いいえ)

お名前 _____ 年齢() 体重 _____ kg

続柄

ご連絡先に変更がある方。(ご自宅 _____ - _____) (携帯 _____ - _____) (_____)

〒 _____

1. 症状の経過はいかがですか。 ○をつけて下さい。

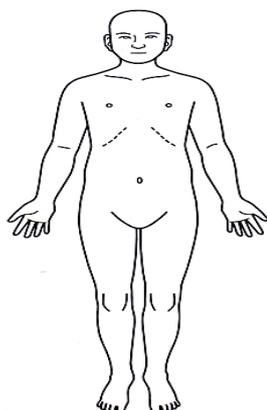
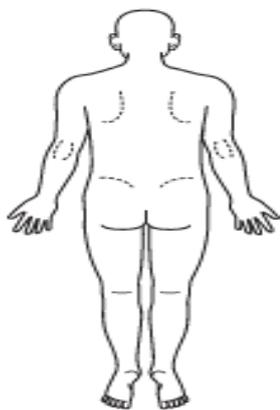
- 良くなった
- 少しよくなった
- あまりかわらない
- 悪くなった
- その他 ()

2. お薬はどのくらい残っていますか？

塗り薬 _____

飲み薬 _____

3. 今回の症状がある場所はどちらですか？症状がある所に○をつけて下さい。



いつからですか？

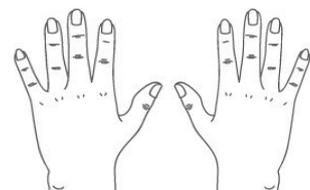
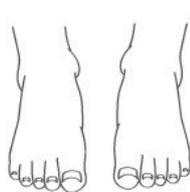
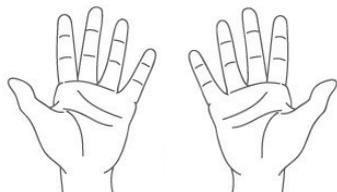
どのような症状ですか？

左

右

右

左



女性の方で該当する方は○をつけて下さい。

妊娠中(月/予定日: 年 月 日)、授乳中(生後 歳 月)

☆お薬手帳をお持ちの方は、診察室でお出し下さい。

★お薬は 錠剤 ・ 粉薬 を希望します。