

成人

有 濃 陽

受診日 / ()

原本 医事課用 スキャン用

カルテ入力

カルテ番号

〒 -

カナ

住所

氏名

男・女 身長 cm 体重 kg

生年月日 年 月 日 (歳) 職業() 職場/学校所在地()

電話番号(PCR検査を受けた場合の連絡先)	続柄	通勤・通学(電車・バス・自家用車・他)
-	本人・()	来院手段 車(車種 色 NO.)
		徒歩 自転車 電車 バス タクシー

病院到着後
体温: °C 血圧: / 脈拍: 回/分 呼吸数: 回/分 SPO2: %

いつから具合が悪くなりましたか? 月 日 時頃から 最初の症状:

該当する症状に○をつけてください。 自覚症状なし

- 発熱がある 月 日 時頃~ 最高 °C
- 咳が出る 喉が痛い 鼻水・痰が出る(色)
- 呼吸が苦しい 胸や背中 of 痛み 関節痛() 頭が痛い
- お腹が痛い 下痢している 吐き気がある・吐いた だるい
- 食欲がない 水分が摂れない 味覚がわからない においを感じない
- その他(具体的に)

今回どこかに受診しましたか? いいえ・はい 月 日 病院名()

処方 なし・あり(薬名)

PCR検査 しない・した(陽性・陰性) 抗原検査 しない・した(陽性・陰性)

既往歴	悪性腫瘍()	慢性閉塞性肺疾患(COPD肺気腫)	慢性腎臓病	高血圧	糖尿病
脂質異常症	肥満(BMI30以上)	臓器移植	免疫抑制剤使用中	抗がん剤使用中	
喘息	その他(病名)			特になし	
内服中の薬:	なし・あり(薬名)				

薬や食べ物のアレルギー: なし・あり(具体的に)

タバコ: 吸わない・吸う(1日 本× 年) 酒: 飲まない・飲む

女性の方 妊娠 なし・あり(か月) 授乳中

最近1ヶ月以内の生活歴について該当するものすべてに○をつけてください。

感染者との接触 なし・あり 間柄() 陽性判定 月 日 最終接触 月 日

家族内の同症状 なし・あり(誰)

海外渡航歴 3ヶ月以内 なし・あり(国名)

新型コロナワクチン接種 未・済 () 回 最終接種日 年 月

本日薬処方を希望されますか? いいえ はい(具体的に)