

1. 本人または・家族の中に 新型コロナウイルス感染症の陽性 になったことがある方がいますか？ はい いいえ

(自分) R 年 月 (家族) R 年 月 現在他科で治療中 ・ 自宅療養中 ・ 治癒

2. いつ新型コロナウイルスワクチン接種をしましたか？ 1回目・2回目 (R 年 月くらい) ・ 3回目 (予定日) いいえ

3. 最近 (発熱・悪寒 ・咳 ・息切れ・呼吸困難・倦怠感・味覚障害・のどの痛み・鼻づまり・鼻水・下痢・吐き気・嘔吐) ありましたか？

→R4年 月～ まで ・ 今も症状は続いている

フリガナ 身長 (cm) 体重 (kg) 代筆者の名前・続柄 ()

名前 () 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年齢 ()

性別 男・女 職種 () 介護認定区分 (申請なし・ 要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5)

携帯 () 自宅 () 必ず連絡がつながる番号でお願いします

〒 住所 障害手帳 無・有 (お持ちの方は提出してください)

お困りの場所はどこですか？ 絵に○をつけてください

②どのような症状ですか？

痛い しびれる 動かしにくい はれている 傷がある

ジーンズビリビリする15分以上歩けないその他 ()

③いつ頃からですか？ 月 日

日前 ヶ月前 年前

④症状が出たきっかけ・原因はなんですか？ 特に原因なし

転倒・転落・ぶつけた(状況)

スポーツ(状況)

その他 ()

交通事故 (保険会社一括支払いになる可能性あり・なし)

仕事中 (労災保険になる可能性あり・なし)

※交通事故、通勤中、業務中が原因の場合は 受付に必ず申し出てください

※学校からの書類がある場合は 受付に必ず申し出てください

⑤ この症状で現在・過去に検査や治療を受けていますか？

はい 医療機関名 () 治療内容 お薬 注射 リハビリ その他

いいえ (かかりつけ医)

⑥ 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

心疾患 (ペースメーカーあり・なし) 胃・十二指腸潰瘍 喘息 高血圧 肝臓病 (B型肝炎あり・C型肝炎あり)

腎臓病 糖尿病 高脂血症 痛風 リウマチ膠原病 緑内障 脳梗塞 (脳クリップあり・なし)

前立腺肥大 その他 ()

⑦ 現在 飲んでいるお薬はありますか？ ※ お薬手帳をお持ちの方はお出しください。(手帳持参あり・なし)

いいえ はい 服薬中のお薬 ()

⑧ 薬や食べ物でアレルギーはありますか？ いいえ

はい 何のアレルギーですか？ () アルコールアレルギー (有・無)

⑨ (女性の方のみ) 妊娠していますか？ はい いいえ 可能性あり 現在 授乳中ですか？ はい いいえ

閉経していますか？ いいえ はい (いつ頃 年前 歳頃)


⑩ 今までに病気やケガで入院や手術を受けたことがありますか？

いいえ はい いつ () 手術名 ()

★診療についてご希望がありましたら チェックしてください。

リハビリ(器械による物理療法・理学療法士による運動療法) 薬・注射 骨密度検査 レントゲン・採血などの検査

セカンドオピニオン

★当院をどちらでお知りになりましたか？知り合い()様 家族 () 病院の紹介  待ち時間確認

ホームページInstagram FaceBook LINE YouTube 通り道 その他 ()