

お 名 前 _____

月 日

・ 今日はどうのような症状があつて来院されましたか？ 症状をお書き下さい。

・ いつ頃からそのような症状がありますか？

・ 今回の症状で他の病院にかかりましたか？ は い ・ いいえ

・ 薬のアレルギーはございますか？

は い 薬品名 () ・ いいえ

・ 今までに入院や手術等、大きな病気にかかった事がございますか？

は い 病 名 () ・ いいえ

・ 今日はお食事をとられていますか？ は い () ・ いいえ

・ どなたの紹介で受診されましたか？

・ 現在妊娠されていますか？ は い ・ いいえ

一ヶ月以内に海外旅行・海外居住歴がある方へ

1. どちらの国へ行かれておりましたか

()

2. 38度以上の発熱がございますか

は い ・ いいえ

3. 咳・呼吸困難などの症状がございますか

は い ・ いいえ

4. 発症前の10日間にSARS患者に接触されましたか

は い ・ いいえ