

診療申込書

申込日	令和 年 月 日 午前 ・ 午後
フリガナ	
氏名	性別 男 ・ 女
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)
住所	〒 -
電話番号	自宅:() - 携帯:() -
勤務先名	勤務先電話番号:() -
傷病理由	労 災 ・ 交通事故 ・ その他

※交通事故の方のみ下記をご記入下さい。

交通事故日	年 月 日 午前 ・ 午後
警察用診断書	必要 ・ 不要



問診表(コロナウイルス問診表)

問診結果や症状によっては、主治医の判断で緊急性のない処置は行わず、診療・治療（手術を含む）を延期する場合があります。

*** 本日から2週間以内の事をお聞きします。**

1	日付: 年 月 日 お名前:
2	本日の体温をご記入ください 度 分
3	コロナワクチンの接種状況にあてはあるものに○をつけてください ・未接種 ・接種済（最後に接種した時期 年 月頃・不明）
4	37.0度以上の発熱がありましたか いいえ はい
5	呼吸器症状、風邪症状などがありますか □頭痛 □だるさ □息苦しさ □咳 □鼻水鼻づまり □咽頭痛 いいえ はい
6	新型コロナウイルスの陽性者・濃厚接触者ですか いいえ はい
7	同居者で、上記4.5.6に当てはまる方はいますか いいえ はい

