

No. \_\_\_\_\_

再診票

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ふりがな \_\_\_\_\_

生年月日

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 大・昭・平・令 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 〒 \_\_\_\_\_ 市 \_\_\_\_\_

電話番号(連絡の取れる番号を必ずご記入ください) \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

体温 \_\_\_\_\_ °C (発熱症状ある方)

本日はどのような症状で受診なさいましたか、また症状はいつごろから始まりましたか。

症状 \_\_\_\_\_

時期 \_\_\_\_\_

その症状について他の医療機関に受診されましたか。 いいえ はい (病名、日時を具体的にご記入願います。) \_\_\_\_\_

女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか。 いいえ 妊娠中 可能性あり

新型コロナワクチンは接種されましたか。 計 \_\_\_\_\_ 回接種済

ご協力ありがとうございました。