

カルテNo		アレルギー	無 ・ 有()
お名前		婦人科疾患	無 ・ 有()
		妊娠	無 ・ 有() 可能性あり
生年月日	S ・ H 年 月 日 才	授乳中	無 ・ 有
コロナの検査		希望する ・ 希望しない	

↑
女性
↓

◎ 定期受診

検査結果 ・ 再来指示 ・ 前回症状の続き ・ 採血指示

◎ いつからどのような症状ですか？

・本日 ・()日前 ・()週間前 ・()ヶ月前 から

- ・咳 ・喉の痛み ・痰 ・鼻水 ・頭痛 ・発熱 °C⇒解熱剤の服用の有・無
- ・胸痛 ・寒気 ・嘔気 ・嘔吐 ・胃痛 ・腹痛 ・下痢 ・便秘 ・発疹 ・蕁麻疹
- ・頻尿 ・排尿痛 ・血尿 ・花粉症 ・その他()

◎ 他の病院に通院してますか？

無 ・ 有 → (病名:)

処方されているお薬 (薬剤名:)

* 番号札は、ご自身でお持ちください。