

来院時間：

氏名：

ID：

生年月日：S・H・R年 月 日（ ）歳

本日繋がる連絡先：

車の色：ナンバー：

検査希望： コロナ+インフル抗原検査 ・ 無 ・ nodoca ・ Drと相談して決めたい

受診時体温 ℃

受診時脈拍 回/分

ピーク時体温 ℃

発症日時 月 日 午前・午後 時頃～

※発症してから現在までに自覚された症状について「あり」とご記入下さい

頭痛

咳

のどの痛み

鼻水・鼻づまり

消化器症状※

関節痛

筋肉痛

体のだるさ

食欲不振

寒気

発汗

※消化器症状とは吐気や嘔吐、腹痛、下痢等

解熱剤服用

3日以内の発熱またはインフルエンザ患者との接触

7日以内の新型コロナ患者との接触

予防接種（インフルエンザ）

接種時期（1回目） 月

体重 k g

妊娠

授乳

以下、クリニック使用欄

扁桃発赤

扁桃の白苔

扁桃炎

nodocaチェックリスト

腫脹

うがい薬（あり・なし）

トローチ（あり・なし）

抗生剤（あり・なし）

抗ウイルス薬（あり・なし）

cov（+ / -）

ful A（+ / -）

ful B（+ / -）

ful（+ / -）

コロナ抗原

採血・XP

会計

緑ファイルに変更

透明ファイルに変更

受付	
問診,体温,SP02	
問診入力	
撮影	
カルテ入力	
診察	