

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

□

°C

受診時脈拍

□

回/分

ピーク時体温

□

°C

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

あり・なし

咳

あり・なし

のどの痛み

あり・なし

鼻水・
鼻づまり

あり・なし

消化器症状
※

あり・なし

関節痛

あり・なし

筋肉痛

あり・なし

体のだるさ

あり・なし

食欲不振

あり・なし

寒気

あり・なし

発汗

あり・なし

※消化器症状とは吐気や嘔吐、腹痛、下痢等

解熱剤服用

あり・なし

3日以内の発熱また
はインフルエンザ
患者との接触

あり・なし

7日以内の新型コロ
ナ患者との接触

あり・なし

予防接種
(インフルエンザ)

あり・なし

接種時期
(1回目)

□ 月

上旬・中旬・下旬・不明

体重

□

kg

妊娠

あり・なし

授乳

あり・なし

以下、クリニック使用欄

扁桃発赤

あり・なし

扁桃の白苔

あり・なし

扁桃炎

あり・なし

nodocaチェックリスト

腫脹

あり・なし

cov (+ / -)
ful A (+ / -)
ful B (+ / -)
ful (+ / -)

受付	□
問診、体温、SPO2	□
問診入力	□
撮影	□
カルテ入力	□
診察	□

うがい薬 (あり ・ なし)

トローチ (あり ・ なし)

抗生素 (あり ・ なし)

抗ウイルス薬 (あり ・ なし)

コロナ抗原

緑ファイルに変更

採血・XP

透明ファイルに変更

会計