受　診　申　込　票

フリガナ			受　診　科
氏　名	男　・　女		□　内　科 □　神経科 （メンタルヘルス）
生年月日	年　　月　　日生		
種 別 ○をつけ、必要な部分を記入	・学部生・修士・博士・その他 (学籍番号：　　) ・入学年度（西暦：　　) ・職員　(職員番号：　　) ・非常勤職員（職員番号：　　）	所属 学部または研究科/ 事務部名称　等	
当診療所を以前に受診された方　いつ受診しましたか？（　　）			
初めて受診される方は下欄を記入してください。			
初診の方	住所 電話番号（携帯番号） 自宅または帰省先の電話番号		

記載日　　年　　月　　日　　来所時体温　（　　）℃

◆　来所理由　　□　診察　　□　診断書発行

診察に来られた方：どのような症状ですか？（　　）

◆過去２週間以内に海外への渡航歴はありますか？

あり　・　なし

└→ 時期　　国・地域

◆今までに、お薬や食べ物などで、アレルギー症状や気分が悪くなったことはありますか？

あり　・　なし

└→ 薬・食べ物の名

下記の場合は対面での診察をお断りしています。

（再診・継続処方のみの場合、希望者には電話診察を行います。受付までご連絡ください。）

- 14 日以内に下記の症状があった方
  - 37.5℃以上の発熱
  - 体が熱っぽい
  - かぜ症状（せき・痰）
  - 急な呼吸苦・
  - 強いだるさ（倦怠感）
  - 味・臭いの異常
- 14 日以内に新型コロナウイルス感染者又は濃厚接触者との接触があった方

保健診療所では**新型コロナウイルス感染症の検査、診断はできません。**「新型コロナウイルスに感染していないことの証明」や「登校・出勤の可否の判断」などは致しかねます。ご了承下さい。