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

来所時に非接触体温計で計測し、体温が 37.0℃以上の方は診療をお断りしています。来所時体温（受付が記載）

（　　）℃

来所理由　　□　診察　　□　診断書発行（就職用・実習用・その他）

診察に来られた方：どのような症状ですか？（　　）

- **来所時または 14 日以内に、下記の症状・状況がありましたか？すべてチェックしてください。**
  （1 つでも下記の症状・状況があった方は診療をお断りしています。）

・37.5℃以上の発熱　　あり　・　なし
・体が熱っぽい　　あり　・　なし
・かぜ症状（せき・痰・咽頭痛）　　あり　・　なし
・急な呼吸苦　　あり　・　なし
・強いだるさ　　あり　・　なし
・味・臭いの異常　　あり　・　なし
・下痢　　あり　・　なし
・新型コロナウイルス感染者又は濃厚接触者との接触　　あり　・　なし
・来所当日または前日に同居している家族の 37.5℃以上の発熱や風邪症状、下痢の症状　　あり　・　なし

- 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
- 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
- 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。
- **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。