

5) 新型コロナワクチンは接種済みですか？

はい (回), いいえ

6) 現在治療を受けている病気はありますか？

なし あり (治療薬名:)

※ お薬手帳をお持ちの方は記載不要です。

7) 薬のアレルギーはありますか？

なし あり (薬品名:)

8) タバコを吸いますか？

吸わない 吸う (1日 本, 約 年間)

過去に吸っていた (1日 本, 約 年間)

9) 女性の方へ

妊娠している可能性は？ なし あり

新型コロナウイルス(COVID-19)感染流行の現状を鑑み、院内感染予防のため
発熱を伴う方の受診時間を指定して対応しています。 電話にて予約のうえ指定
時間に受診をお願いいたします。