

新型コロナウイルスワクチン予約申込書

氏名 _____

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 _____

電話番号 _____

緊急連絡先 <続柄 _____ > _____

(できる限り、緊急時に連絡のつく携帯電話の番号をご記入ください)

現在通院中の医療機関はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ	「はい」の場合には医療機関名と病名を教えてください
現在飲んでいる薬はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ	「はい」の場合には飲んでいる薬を教えてください
これまでに大きな病気はありますか？ ☐ はい ☐ いいえ	「はい」の場合にはいつ頃どんな病気があったのか 教えてください

薬・食べ物のアレルギー ありますか？

該当する薬や食べ物のなまえ

<

>

アルコール消毒でかぶれたことがありますか？

☐ はい

☐ いいえ

利き手はどちらですか？

☐ 右利き

☐ 左利き

喫煙

☐ 吸わない

☐ 吸う(本× 日× 年) ☐ やめた(歳まで吸っていた)

飲酒

☐ 飲まない

☐ 飲む (日/週 1回の量 ml)

来院のきっかけ	☐ 1 知人のご紹介 _____ さま ☐ 2 他医療機関からの紹介 ☐ 3 通りがかり ☐ 4 ホームページ
---------	---

* ご協力ありがとうございました。