

ふりがな			性別	男	生年	令和・平成	年	月	日
お名前			別	女	月日	(年齢 :	歳	ヶ月)	
住所	〒 _____ 必ず記載ください。								
連絡先	携帯番号(父・母)		-		携帯番号()		-		
体重	Kg	来院時の体温	°C	()幼稚園・保育園		組			
				()小学・中学・高校		年 組			
アレルギー	無:有(薬: 食べ物:)		かかりつけ医						

○ あてはまる症状に「○」を付けて、質問にお答えください。

症状など	いつ頃から? どの程度
発熱の状況(°C ~ °C)	・いつ頃からでしょうか?
のどの痛み ・ 頭痛	・いつ頃からでしょうか?
せき ・ たん ・ ぜーぜー	・いつ頃からでしょうか? どの程度でしょうか?
鼻水 ・ 鼻づまり	・いつ頃からでしょうか?
腹痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐	・いつ頃からでしょうか? 嘔吐は何回ありましたか?
下痢 ・ 便秘	・いつ頃からでしょうか? 下痢は何回ありましたか?
発疹 ・ 水疱 ・ 湿疹 ・ じんましん	・いつ頃からでしょうか? 体のどの部分でしょうか?
耳の痛み(右・左)・耳の下腫れ(右・左)	・いつ頃からでしょうか?
【その他の気になる症状・質問など】	

その他の質問	答え
これまでの既往歴	<input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス (令和 年 月) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他()
ご家族の方の感染症	病名: _____ 時期: _____ 周囲で流行している病気
現在飲んでいる薬	【「お薬手帳」をお持ちであればご提出ください。】 無 ・ 有 (薬の名前: _____)
薬の希望	解熱剤: 坐薬 ・ 飲み薬 その他の薬: 粉 ・ 錠剤 ・ シロップ ・ 軟膏 ・ テープ 内服回数: 1日2回 ・ 1日3回 【薬によっては、ご希望に添えない場合があります。】
新型コロナウイルス検査	新型コロナウイルスの検査希望: 有 ・ 無