

※新型コロナウイルス検査希望 無 ・ 有

★新型コロナウイルス感染症について★

★新型コロナウイルス感染症の疑い、感染者との接触(疑いも含む)はありますか？

※本人もしくは家族の方で検査の予定がある方や、検査結果待ちの方もお知らせください

なし  あり：だれが( ) いつ頃( )  
 詳細( )

★味覚障害や嗅覚障害はありますか？

なし  あり

氏名	(男・女)	生年月日	平・令	年	月	日
電話番号	-	-	年齢	(	歳	ヶ月)
住所	(〒	-	)	(	)	
通園(学)	( )保育園・幼稚園・小学校・中学校		車種・車番			

※飲むお薬の種類を教えてください ( シロップ ・ 粉 ・ 錠剤 ) (東)

1	2	3
4	5	6

※解熱剤をご希望されますか？ ( はい・いいえ ) (西)

1. いつからどのような症状ですか？

- 熱 ( / ) ~ ( °C)  頭痛 ( / ) ~ (体温 °C)
- 咳 ( / ) ~ 乾・湿  咳き込んで嘔吐 (体重 Kg)
- 鼻水 ( / ) ~ 水・膿  鼻づまり ( / ) ~ ↑最近の体重を記入
- 腹痛 ( / ) ~  吐き気 ( / ) ~
- 嘔吐 ( / ) ~ ( )回/日  下痢 ( / ) ~ ( )回/日 水・血・白
- 発疹 ( / ) ~ (部位： )  かゆみ ( / ) ~ (部位： )
- その他 ( )

2. 周りで流行している、または接触があった病気はありますか？

なし  あり ( )

3. 今、通院している病院はありますか？

なし  あり ( ) →問診の際に詳しくお聞きします

4. 今、飲んでいるお薬はありますか？

なし  あり ( ) →お薬手帳を見せてください

5. アレルギー、アナフィラキシーを起こしたことはありますか？

なし  あり ( 薬・食べ物・その他： )

6. 今までにかかった病気はありますか？ ※熱性けいれんや喘息発作など

( )

7. 1週間以内に予防接種を受けられましたか？

いいえ  はい ( )

※保険証をスキャンさせていただきますのでご了承ください