

※検査希望（いずれかに○を） 無し ・ コロナ ・ インフルエンザ

新型コロナウイルス感染症・インフルエンザウイルス感染症の感染者との接触はありますか？

なし あり：だれが() いつ頃()
 詳細()

フリガナ 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			

体温	°C	※直近の体重を→	体重	kg
----	----	----------	----	----

※飲めるお薬の種類を教えてください (シロップ ・ 粉 ・ 錠剤)

※解熱剤をご希望されますか？ (はい ・ いいえ)

1. いつからどのような症状ですか？

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 熱 (/)~ (°C) | <input type="checkbox"/> 頭痛 (/)~ |
| <input type="checkbox"/> 咳 (/)~ 乾・湿 | <input type="checkbox"/> 咳き込んで嘔吐 |
| <input type="checkbox"/> 鼻水 (/)~ 水・膿 | <input type="checkbox"/> 鼻づまり (/)~ |
| <input type="checkbox"/> 腹痛 (/)~ | <input type="checkbox"/> 吐き気 (/)~ |
| <input type="checkbox"/> 嘔吐 (/)~ ()回/日 | <input type="checkbox"/> 下痢 (/)~()回/日 水・血・白 |
| <input type="checkbox"/> 発疹 (/)~ (部位：) | <input type="checkbox"/> かゆみ (/)~ (部位：) |
| <input type="checkbox"/> 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下さい

※当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。