

希望の検査に○をつけてください→ コロナ ・ インフル

なまえ	ひらがなで書いてください (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 (どこで:) (なにが:)

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。