

コロナウイルスやインフルエンザの陽性者と接触があった方は、お伝えください。

※名前はひらがなでお書きください

なまえ	(男・女)	生年月日	H・R	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	℃	※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。