

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	°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"/> 热 ( / )~( °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。