

※コロナ検査希望（いずれかに○を） → あり ・ なし

新型コロナウイルス感染症の陽性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 |
|----|----|----------|----|----|

※飲む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。