

●住所・氏名・電話番号・保険証等、変更のある方は受付時にお申し出ください。

★下の太枠内を赤色のボールペンで記入してください。

診察券No.		体温	℃
ふりがな		性別	男・女
氏名		年齢	才 ヶ月
所属		保育所(園)・幼稚園・学校	

ここには何も
記入しないで
下さい

☆2週間以内に家族内(特に高校生以上)で風邪・味覚・嗅覚障害・体調不良の方はいますか? (いいえ はい)
(どなた: 症状:)

☆保育所・幼稚園・学校等所属集団内の流行はありますか? (いいえ はい)
(何が流行:)

☆6ヶ月以内に新型コロナ・インフルエンザに罹患していますか? (いいえ はい)
(何に(コロナ・インフル(A)(B)) いつですか? 年 月)

☆3週間以内に渡航歴はありますか? (はい いいえ) 帰国日 月 日 (渡航先)

【発熱】 なし あり (月 日 時から °C その日の最高体温 °C) (解熱 月 日)
翌日から解熱日まで毎日の最高体温を記入: 日 °C 日 °C 日 °C 日 °C まだ解熱せず

【咳】 なし あり (月 日から) □痰が絡む □ゼイゼイ □夜ねむれない □呼吸が苦しい
【鼻汁】 なし あり (月 日から) □透明 □膿性 □夜ねむれない □呼吸が苦しい
【嘔吐】 なし あり (月 日から 回/日)
【下痢】 なし あり (月 日から 回/日) □血便 □強い腹痛
【発疹】 なし あり (月 日から)
【その他】 ()
【定期処方希望】 ()

☆他院に通院していますか? (はい・いいえ) 病・医院名()

「はい」の方… 小・耳・眼・皮・その他 病名のわかる方は記入願います(

☆今、飲んでいる薬はありますか? (はい・いいえ) ※お薬手帳がある方は受付に提出してください。

☆お子さんが飲んだり、食べたりすると具合が悪くなる「薬・食べ物」はありますか? (ない・ある)
(ある場合:)

☆お子さんのことで診療上知っておいて欲しいこと(既往歴)や、その他相談したいことがあればお書き下さい。)
「ある」の方…(

ここには何も
記入しないでください