

●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№		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		
☆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: )			
☆10日以内に新型コロナ感染者・濃厚接触者と接触がありますか (いいえ はい)			
☆すでに新型コロナウイルスに感染したことがありますか？ (いいえ はい) (はい: 年 月 日頃)			
☆新型コロナウイルスワクチンを接種しましたか？ (いいえ はい 回)			
☆保育所・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: )			
☆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	℃)	(最高体温: 月 日の °C) (解熱 月 日)
【咳】	なし あり ( 月 日から)	<input type="checkbox"/> 痰が絡む <input type="checkbox"/> ゼイゼイ <input type="checkbox"/> 夜ねむれない <input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい	
【鼻汁】	なし あり ( 月 日から)	<input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> 膿性 <input type="checkbox"/> 夜ねむれない <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 強い腹痛	
【発疹】	なし あり ( 月 日から)		
【味覚・嗅覚の異常】	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  
下さい

あべひろきこどもクリニック 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

ここには何も  
記入しないでください