

●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	

ここには何も

記入しないで

下さい

☆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)

☆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:)

☆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 ℃) (解熱 月 日)

【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

【嘔吐】 なし あり (月 日から 回/日) 【下痢】 なし あり (月 日から 回/日)

【発疹】 なし あり (月 日から) □血便 □強い腹痛

【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