

<p>&lt;必須項目&gt;</p> <p>発熱 (ある・ない)</p> <p>周囲に新型コロナ (いる・いない)</p> <p>家族に発熱の人 (いる・いない)</p> <p>味覚障害 (ある・ない)</p> <p>嗅覚障害 (ある・ない)</p>	<p>&lt;参考項目&gt;</p> <p>10日以内の遠出 (ある・ない)</p> <p>場所 ( )</p> <p>会食 (した・してない)</p> <p>人数 ( )</p> <p>地域 ( )</p>
--	---

名前 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ Kg

1. 今日はどうされましたか？ 症状を○で囲んで下さい。
- 発熱 咳 ゼーゼー 痰がらみ 頭痛 のどの痛み
- 鼻汁(色 ) 腹痛 下痢 嘔吐 発疹
- 耳痛(右・左・両方) その他( )

2. その症状はいつ頃からですか？
- 月 日から

3. 熱がある場合、熱の経過をご記入下さい。(1日の最高体温)

月	日	度	分		月	日	度	分
月	日	度	分		月	日	度	分
月	日	度	分		月	日	度	分

4. 食欲はどうですか？
- いつも通り・少ない・水分はとれる・水分も無理
5. 睡眠はどうですか？
- 普段通り眠れる・時々起きる・眠れない
6. 上記の症状で他の病院を受診されましたか？
- いいえ・はい(病院名 )
7. 現在使用しているお薬はありますか？
- いいえ・はい(薬品名 )
- ※お薬手帳があれば薬品名の記入は不要です。
8. 家庭や園・学校で流行している病気はありますか？
- いいえ・はい(病名 )
9. 内服薬は下記のどれを希望されますか？
- 粉・シロップ・錠剤

☆変更がある場合のみ(前回受診から)、記入をお願いします

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_