

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

ふりがな
 名前 _____ 男・女

住所 〒 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

携帯番号 _____ - _____ - _____ (父・母・その他)

集団生活: なし・あり(園名・学校名 _____) 体重 _____ Kg

今までに大きな病気(手術・入院・熱性けいれんなど)をしたことがありますか?
 なし・あり(病名 _____ 年令 _____)

薬を飲んで何らかの症状が出たことがありますか?
 なし・あり(薬品名 _____ 症状 _____)

食物アレルギーはありますか?
 なし・あり(食品名 _____ 症状 _____)

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

10. 医療費明細書(診療内容が記載されたもので確定申告には必要ありません)の発行を希望されますか?
 いいえ・はい