



【ひらがな氏名】 _____ 女・男 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳 _____ か月)

【住所】 _____

【電話番号】 _____

【体重】 _____ Kg 【来院時の体温】 _____ °C・付き添いの方(全員): _____ °C

●ワクチン:年齢相当に接種・未接種 ●他の病院の薬はありますか? ある・なし(_____)

【症状】いつからどのような症状ですか? *周囲でコロナ感染症の情報のある方は、事前にお電話ください。

●学校・園、周囲で流行はありますか? 在籍場所の名称: _____ (例:〇〇保育園)

ある・ない(_____)

●家族に体調不良の方はいますか? いる方はどのような症状かもお書きください。(数日前含む)

ある・ない(_____)

●本人・家族含め、ここ2~3週間以内に、県外や人混みに行ったり、公共交通機関の利用、家族

以外の人と飲食する機会がありましたか? ある・ない (_____)

●周囲でコロナ感染情報はありますか? ある・ない (_____)

●入院・重い病気・痙攣・アレルギーなどはありますか? ある・ない(_____)

●内服のご希望:錠剤・粉・シロップ 回数:2回/日・3回/日 解熱剤希望:錠剤・粉・坐薬