

診察券番号 ( ) 体重 ( kg)  
お名前 ( ) 男・女 ( 歳 ヶ月)  
体温 ( ) °C 最高 ( ) °C いつ 本日・昨日・ 月 日・ 時頃

新型コロナウイルス感染者との接触 (なし・あり) →濃厚接触者・学級閉鎖中

本日は (診察・検査〔血液・尿・その他〕・健診・ワクチン・書類記入) を希望  
いつからですか? (今日・昨日・ 日前・ ヶ月前)

主な症状に○を付けて下さい

発熱

咳 (乾いた咳・痰がらみ・ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン)

鼻 (鼻づまり・鼻水・透明・黄緑色・くしゃみ・味や匂いがわかりにくい)

喉の痛み (少し・強い) 頭痛 筋肉や関節の痛み

腹痛 (ずっと・ときどき) 便秘 ( 日出ていない・もともと 日に1回ペース)

下痢 ( 回/日・水様・泥状・軟便・血便・白色)

嘔吐 ( 回/日・突然吐く・咳き込んで吐く) 吐き気

食事 (ふつう・少ない・取れない) 水分 (ふつう・少ない・取れない)

尿 (溶連菌検査・排尿痛・血尿・少ない・出ない)

耳 (右・左) (耳痛・耳下腺の腫れ・耳だれ)

皮膚症状 (乾燥・湿疹・発疹・水疱・水ぼうそう)

部位 (顔・頭・体・腹部・背部・手・足・おしり・その他 )

通っている学校・幼稚園・保育園

なし あり ( )小・中・高・学校・幼稚園・保育園 ( 年 組)

周囲で流行っている病気はありますか?

なし あり 新型コロナ・インフルエンザ・溶連菌・アデノ・RS・ヒトメタ  
ヘルパンギーナ・手足口病・胃腸炎・ノロ・ロタ・その他

大きな病気をしたり手術を受けた事がありますか?

なし あり ( 年 月 病名 )

現在飲んでいるお薬 なし あり (お薬手帳のご提示をお願いします)

お薬の種類の希望は なし あり (シロップ・粉薬・錠剤)

解熱剤を希望 しない する (坐薬・頓服)

お薬のアレルギー なし あり ( )

その他のアレルギー なし あり (小麦・卵・牛乳・ナッツ・そば・えび・かに  
魚/魚卵 ( )・果物 ( )・ラテックス・白樺・ダニ・ハウスダスト・犬・猫  
アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・喘息)

インフルエンザ・新型コロナウイルス ワクチン接種 済 回( 月 日) 無