

初・再 (前回受診日)

コード

No.

※今日受診する方について記入をお願いします。

生 年 月 日	年	月	日
	歳	か月	

ふりがな		男 女
氏名		

※住所・電話番号など変更ありましたら受付にお知らせください

お付き添いの方について記入ください

- 2週間以内に体調不良は ない あった (熱 ・ 鼻かぜ症状 ・ その他 ())
- 2週間以内に人が混雑している地域や場所に 行っていない 行った (場所)
- 周りにコロナ感染にかかった方や濃厚接触者が いない いた

↓受診時の熱を書いてください

体重	Kg	体温	℃	SpO2	%
----	----	----	---	------	---

コロナ罹患 (/)	
抗原検査希望・インフルも心配	
園や学校であり	
同居家族あり	

- ◆ 「解熱剤」は必要ですか? はい (座薬・粉・錠剤) いいえ
- ◆ 「飲み薬」の形の希望は?: シロップ 粉薬 錠剤 1日 2回・3回 希望
- ◆ 現在飲んでいたり使用しているお薬がありますか? はい いいえ
→はい の場合、他院で処方されたものの場合「お薬手帳」を提出おねがいします
- ◆ アレルギーはありますか あり () なし

■ 本日の症状について記入をお願いします (項目がない場合はその他に記入してください) ◆

※いつから、どのようにかをくわしくご記入ください

発熱 熱の始まり 月 日 : 頃 °C (最高 °C)

空白欄は熱の経過など 気になることを記入いただけます

鼻水 少・多 月 日頃から、 性状: 透明・粘稠・黄色・緑色

鼻づまり 少・多

せき 少・多 月 日頃から、 性状: 乾燥・痰がらみ・ケンケン

せげイ: あり・なし 咳やせげイで眠れない: あり・なし

咳込み嘔吐

嘔吐 月 日 時頃から、 回数 回 最終嘔吐時刻: 日 時

下痢 月 日 時頃から、 回数 回 性状: 軟便・泥状・水様

腹痛 月 日 時頃から、 どの痛み

便秘 月 日 頃から

その他の症状 (現在気になること困っていることをご記入ください)

--