

受付票番号

番

ふりがな
お名前

未入園・保育園名・幼稚園名

小・中学校名

年生

お子様の体重

kg

① 2週間以内に身近な方・学校・職場などでコロナウイルスに感染した人との接触はありますか?

(ご家族も含めて) はい · いいえ

② 2週間以内に市外・流行地域への往来、または大勢の人が集まる場所へ行かれましたか?(ご家族も含めて)

はい · いいえ

●はい の方へ いつ(/) どなた()

どこから(県 市) どこへ(県 市)

乗り物・・・自家用車・電車・バス・新幹線・タクシー・飛行機

目的・・・帰省・通学・通勤・旅行・食事会・その他()

③ 家族の中に2週間以内に熱・咳等の風邪症状のある方はいますか? はい · いいえ

・どなた(父・母・兄・姉・弟・妹・同居祖父・祖母・別居祖父・祖母・叔父・叔母)

・いつから(/)

・どのような症状ですか? 【 热・咳・鼻水・のどの痛み・倦怠感・下痢・関節痛・その他】

・その方との接触はありましたか? はい · いいえ

・病院への受診は? 未 · 済

④ ご家族の中に医療関係者の方はいますか? はい · いいえ

●はい の方へ どなた() 施設名()

職種() コロナとの接触: あり · なし · 不明

学校・園または家族の方で次の病気の方があれば○印で囲んで下さい。

水ぼうそう・おたふくかぜ・インフルエンザ(A・B)・RSウイルス・マイコプラズマ

溶連菌・アデノウイルス・プール熱・ヒトメタニューモウイルス・ロタウイルス・嘔吐・下痢

発熱はありますか? 本日 AM PM _____ 時(. °C) 昨日 PM _____ 時(. °C)

2日前 _____ 3日前 _____ 4日前 _____

下記の該当する項目に□をお願いします。カッコ内に症状の始まった(月/日)

□咳(/)	□痰(/)	□のどの痛み(/)	□鼻水(/)	□鼻づまり(/)	□くしゃみ(/)
---------	---------	-------------	----------	------------	------------

□頭痛(/)	□腹痛(/)	□吐き気(/)	□耳下の痛み【右・左】(/)	□発しん(/)
----------	----------	-----------	------------------	-----------

□嘔吐 本日(回)	昨日(回)	□下痢 本日(回)	昨日(回)
------------	--------	------------	--------

その他()			
--------	--	--	--

飲めるお薬の種類・回数の希望はありますか? □シロップ □粉薬 □錠剤 □朝・夕しか飲めない

熱さましのお薬は希望されますか? □不要 □坐薬 □粉薬 □錠剤

かかりつけの小児科はありますか? □ない □あり()

他の病院を受診されましたか? □受診なし □受診あり (病院名)

受診ありの方へ	・検査をされましたか?	□いいえ	□はい (検査名)
	・お薬がでていますか?	□いいえ	□はい

他院で服用されているお薬があれば記入、又は、お薬手帳をスタッフへ提出して下さい。

(病院名)	() 薬品名 _____
-------	---------------



H. C. C