

受付票番号

生年月日

未入園・保育園名・幼稚園名
小・中学校名

お子様の体重

kg

番

ふりがな
お名前

年 月 日

年生

- ① ご本人またはご家族の方がコロナウイルスにかかった事がありますか？ はい ・ いいえ
●はい の方へ 陽性と診断された日 (/) どなた () 解除日 (/)
- ② 2週間以内にご家族・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、又はPCR検査をされた方はいますか？ はい ・ いいえ
●はい の方へ いつ (/) どなた () 結果 (陽性 ・ 陰性)
- 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？ 【 熱・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
・ 現在もその症状は続いていますか？ はい ・ いいえ
- ④ 通勤・通学以外で2週間以内に人が集まる場所へ行かれたか？（ご家族も含めて）
●はい の方 いつ (/) どなた ()
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・フェリー
目的・・・帰省・旅行・外食・レジャー・その他 ()
- ⑤ コロナワクチン接種の有無について
●父 () 回済 ・ 未接種 ●母 () 回済 ・ 未接種 ●本人 () 回済 ・ 未接種



H. C. C

学校・園または家族の方で流行している病気があればご記入ください。 ()

発熱はありますか？ 本日 AM _____ 時 (. °C) 昨日 AM _____ 時 (. °C)
PM _____ 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
(/) (/) (/) (/) (/)
(できている場所)

□嘔吐 本日 (回) 昨日 (回) □下痢 本日 (回) 昨日 (回)

その他 ()

飲むお薬の種類・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 いつ (/) (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) 結果 ()

・ 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、お薬手帳をスタッフへ提出して下さい。