

受付番号

番

ふりがな

お名前

生年月日

年 月 日

年生

未入園・保育園名・幼稚園名
小・中学校名

お子様の体重

kg

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

マイナンバーカードを利用された方は診療情報取得に同意しますか？ はい ・ いいえ

他の医療機関からの紹介状を持っていますか？ はい ・ いいえ

① 1か月以内に、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 ご本人以外の家族の中で熱・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 】

・病院への受診は？ 未 ・ 済 (病院名)

・検査は？ 未 ・ 済 コロナ抗原・PCR 【 陽性・陰性 】 インフルエンザ【陽性A・B・陰性】

・検査日 (/)

③ ご本人が通学以外で1週間以内に人が集まる場所へ行かれたか？ はい ・ いいえ

いつ (/) どこへ (県 市)

学校・園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)

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】 発疹

(/) (/) (/) (/)

(/)
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。