

ふりがな		性別	体重	体温
お名前		男・女	kg	°C
生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
年齢	歳	カ	月	
学校名等	() 保育園、幼稚園、小学校、中学校、高校、その他			
付き添いの方のお名前		続柄	電話番号	
			(携帯)	

今日はどうなことが心配で来院されましたか。 その症状はいつからですか (/ 、 日前) 頃から (だいたいでもかまいません)	
<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> せき・はなみず <input type="checkbox"/> おなかが痛い <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 湿疹、じんましん <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> のどが痛い <input type="checkbox"/> ぜいぜい、けんけんなどのへんな咳 <input type="checkbox"/> 下痢、嘔吐 <input type="checkbox"/> アレルギー (喘息、食べ物、アトピー、花粉症) <input type="checkbox"/> 子育て相談
お聞きになりたいこと、伝えたいことがあればお書きください	
血液検査、点滴、吸入、鼻吸いなどの希望はありますか (なし ・ あり)	
コロナやインフルエンザ等、感染症の検査の希望はありますか (なし ・ あり)	
身近で新型コロナウイルス感染症にかかっている方はいますか (いる ・ いない)	
保育園や学校で流行っている病気はありますか (なし ・ あり:)	
普段飲んでいるお薬、今回使ってみたお薬などはありますか (なし ・ あり)	