

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
※学校名等	( ) 保育園、幼稚園、小学校、中学校、高校、その他			
※電話番号				
付き添い	母・父・祖母・祖父・その他 ( )			

※は変更時のみご記入下さい。

今日はどのよ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 (だいたいでかまいません)	
<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> のどが痛い
<input type="checkbox"/> せき・はなみず	<input type="checkbox"/> ぜいぜい、けんけんなどのへんな咳
<input type="checkbox"/> おなかが痛い	<input type="checkbox"/> 下痢、嘔吐
<input type="checkbox"/> 便秘	<input type="checkbox"/> アレルギー (喘息、食べ物、アトピー、花粉症)
<input type="checkbox"/> 湿疹、じんましん	<input type="checkbox"/> 子育て相談
<input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 予約時に詳細・伝えておきたいことは入力済み
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	
鼻吸いなどの希望はありますか (なし ・ あり)	
身近でコロナウイルス・インフルエンザ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、今回使用したお薬はありますか (なし ・ あり) お薬手帳 (なし ・ あり)	