

診察券番号 () 体重 (kg)

★お名前 () 男・女 (歳 ヶ月)

★体温 ()℃ 最高 ()℃ :発熱はいつから 本日・昨日・月 日・時頃

★解熱した日時 日・時頃 発熱中

★インフルエンザ感染者との接触(なし・あり)

★新型コロナウイルス感染者との接触 (なし・あり)

★本日は検査を特に希望 されものはありますか？(インフルエンザ・コロナ・溶連菌等)

★主な症状に○を付けて下さい

*発熱

*咳 (乾いた咳・痰がらみ・ゼーゼー・ヒューヒュー・ケンケン)

*鼻 (鼻づまり・鼻水・透明・黄緑色・くしゃみ・味や匂いがわかりにくい)

*喉の痛み (少し・強い)

*頭痛 筋肉や関節の痛み

*腹痛 (ずっと・ときどき)

*下痢 (回/日・水様・泥状・軟便・血便・白色)

*嘔吐 (回/日・突然吐く・咳き込んで吐く) 吐き気

食事 (ふつう・少ない・とれない) / 水分 (ふつう・少ない・とれない)

*耳 (右・左) (耳痛・耳だれ)

*皮膚症状 (乾燥・湿疹・発疹・水疱・水ぼうそう)

部位 (顔・頭・体・腹部・背部・手・足・おしり・その他)

*通っている学校・幼稚園・保育園

なし あり ()小・中・高・学校・幼稚園・保育園 (年 組)

*周囲で流行っている病気はありますか？

なし あり: 新型コロナ・インフルエンザ・溶連菌・アデノ・RS・ヒトメタ・ヘルパンギーナ

・手足口病・胃腸炎・ノロ・ロタ・その他

*大きな病気をしたり手術を受けた事がありますか？

なし あり (年 月 病名)

*現在飲んでいるお薬 なし あり (お薬手帳のご提示をお願いします)

*お薬の種類の希望は なし あり (シロップ・粉薬・錠剤)

*解熱剤を希望 しない する (坐薬・頓服)

*お薬のアレルギー なし あり ()

*その他のアレルギー なし あり (小麦・卵・牛乳・ナッツ・そば・えび・かに

魚/魚 ()・果物 ()

・ラテックス・白樺・ダニ・ハウスダスト・犬・猫 *アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・喘息