

おくすり手帳 あり ・ なし

来院時の体温 _____

フリガナ

名 前 _____

生年月日 _____

性 別 男 ・ 女 体重 _____ kg

年 齢 _____

学校名等 _____

①当院で今月コロナやインフルエンザなどの検査をしましたか？ した ・ していない

②周りで感染症の流行はありますか？ なし ・ あり（病名 _____）

③コロナにかかったことはありますか？ なし ・ あり（時期 _____）

④発熱（いつ） / から _____℃ 最終検温 時 _____℃

⑤あてはまる症状に○をつけて下さい。

いつから（ _____ ）

・ 咳（ひどい・軽い） ・ 鼻汁 ・ 咽頭痛 ・ 痰

・ だるさ ・ 頭痛 ・ 関節痛 ・ 息ぐるしさ

・ 嘔吐 ・ 下痢（1日 _____ 回）

その他 { あればご記入下さい

⑥0歳～小学6年生

カンガルー病児保育の利用予定 なし ・ あり（いつから _____ / _____）

病児保育への連絡 未 ・ 済

⑦他院受診

なし ・ あり（いつ： _____ 病院名： _____ 紹介状：あり・なし _____）

何か検査をしましたか？ いいえ ・ はい（いつ： _____ 何の検査： _____ 結果： _____）

⑧基礎疾患の有無

心血管疾患 ・ 喘息 ・ その他（ _____ ）

⑨服用している薬（おくすり手帳等わかるものを出して下さい）

なし ・ あり（ _____ ）

⑩薬や食べ物のアレルギー

なし ・ あり（ _____ ）

⑪病児保育利用希望の場合

病児利用書をもっていますか はい ・ いいえ

⑫同伴する方の携帯電話番号 _____（続柄 _____）

⑬来院方法 自家用車の場合：車種 _____ 色 _____ ナンバー _____

その他（ _____ ）

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務めています。
正確な情報を取得・活用するために、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。