

お名前 _____ 男・女 生年月日： 昭 平 令 年 月 日

園 組、 学校 年 組

★★院内で計測した体温★★

お子さんの体温： _____ °C

同伴の方の体温： _____ °C

同伴の方	父・母・祖父・祖母・その他()
電話番号	

「みんなでみんなを守る」ために、皆さんからのご協力をいただいておりますが、県内での新型コロナウイルスの感染も減少してきていますので、内容を変更いたします。

- | | |
|---------------------------------|--------|
| ① 2週間以内に県外に行っていますか | いない・いる |
| ② 2週間以内に県外から来た方と接触していますか | いない・いる |
| ③ 家族を含め周囲に風邪症状のある方はいますか | いない・いる |
| ④ 家族を含め周囲に新型コロナウイルスに関するお話がありますか | ない・ある |
| ⑤ 家族は新型コロナウイルスのワクチンを受けましたか | はい・いいえ |

ご家族に妊娠中の方はいますか _____ いない・いる (妊娠 _____ 週)

LINEのURLです！
登録をお願いします



今日はどうされましたか？

発熱	最初に熱が出たのはいつですか： _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時 _____ °C
	38°Cをこえたのはいつですか： _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時 _____ °C
	最後に解熱剤を使用した時間： _____ 月 _____ 日 AM/PM _____ 時 _____ °C
咳	痰がからむ・から咳・ゼーゼー音がする
鼻汁・鼻づまり	
下痢	1日 _____ 回 (水様・泥状・軟便) 色 (白・茶・黄・緑)
吐き気・おう吐	1日 _____ 回
発疹	顔・頭・手足・全身

【その他の症状】○をつけて下さい。

腹痛・頭痛・のどの痛み・目やに・便秘 (↓他に気になる事があればご記入下さい)

《★予約している予防接種の予定はありますか？ (当院・他院)→ _____ / _____ 》

*検査結果聞き *尿検査 (何か症状がある時は、上記にご記入をお願いします。)

*休日診療所・夜間診療所・その他病院にかかりましたか？ いいえ・はい

お薬は処方されていますか？ いいえ・はい→お薬手帳をお見せ下さい。

*まわりで流行している病気はありますか？

なし・あり (水ぼうそう・おたふく・溶連菌・プール熱・インフルエンザ・ロタウイルス)