

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、
入室前に情報をお伝えいただきますようよろしくお願いいたします。

- ① 県外移動・県外接触はありますか ない・ある
- ② 家族を含め周囲にPCR検査・抗原検査を受けた方はいますか いない・いる
- ③ 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
- ④ 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
- ⑤ お子さん・ご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
- ⑥ 新型コロナウイルスに罹患していますか はい (/ 頃) ・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



自宅で抗原検査をしていますか
はい (/) ・いいえ

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	
頭痛・咽頭痛・腹痛	1日 回 (水様・泥状・軟便) 色 (白・茶・黄・緑)
下痢・吐気・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。

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)