

患者様のお名前（カタカナ） _____ 年令 _____ 才 _____ カ月

何科を受診されますか（ 小児科 ・ 耳鼻科 ・ 小児外科 ）現在の体重 _____kg

- 『新型コロナウイルス感染症』に罹患した方と濃厚接触 （ある・ない）
- 2週間以内に保護者に発熱や咳・痰・咽頭痛の症状 （ある・ない）
- 園や学校などの集団生活で、新型コロナウイルス感染症が発生している（ある・ない）

[ある]の場合 施設名 _____.

体の具合について、あてはまる症状に○をしてください

発熱の方は、体温を測ってご記入ください

- ☆ 発熱 _____℃ ・ 鼻水 ・ せき ・ 喘鳴（ゼーゼー） ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐・嘔気
耳の下の腫れ ・ 水ぼうそうの疑い ・ その他の皮膚症状 ・ 頭痛 ・ のどの痛み
- ☆ 定期的な受診 ・ 前回の続き ・ 検査の結果 ・ 書類（ ちゆ証明書 ・ その他 ）
- ☆ 心臓外来 ☆ 舌小帯 ☆ その他の症状については、簡単にご記入ください
- ☆ 現在内服している薬 （ ある ・ ない ）

※院内感染予防のため、マスクの着用をお願いいたします

ご記入後は受付中央にある箱に入れて下さい