

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

現在の体重 _____ kg

- ① 『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 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）
- ③ 2週間以内に園や学校などで新型コロナウイルス感染症が発生している （ある・ない）
- ③[ある]の場合 最近で 月 日頃に発生 施設名 _____

[上記に当てはまる場合、別室にて聞き取りを致します]

体の具合について、当てはまる症状に○をしてください

体温は必ずご記入ください

- ☆ 体温 _____ °C ・ 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 ・ 発疹 ・ 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