

## 外来受診のみなさまへ

記入日 年 月 日

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

★ 体重 ( ) kg ★ 来院時体温 ( ) °C

本日の受診内容についてお伺いたします。

◆当てはまる項目に☑チェックをご記入ください。

発熱 ( 月 日 時ごろ) から

咳 ( 月 日) から  痰が絡む

鼻水 ( 月 日) から  鼻づまり ( 月 日) から

のどの痛み ( 月 日) から

嘔吐 ( 月 日) から  下痢 ( 月 日) から

発疹 ( 月 日) から  便秘 ( 月 日) から

頭痛 ( 月 日) から  腹痛 ( 月 日) から

◆上記風邪症状で検査をされましたか？

いいえ  はい⇒ 月 日

検査名： 結果 ( + ・ - )

インフルエンザかも？  新型コロナかも？

水痘かも？  おたふくかぜかも？

登園許可証希望 (病名： )

喘息定期薬希望  湿疹定期薬 (軟膏他) 希望

学校や幼稚園、保育園で流行っている病気はありますか？

いいえ ・ はい (病名： )

その他 (気になる症状をご記入ください)

( )

◆現在服用中のお薬はありますか？ おくすり手帳をご提示ください。

なければご記入ください。

( )

自家用車でお越しの方 お車ナンバー ( - ) 色 ( )

★お車で待機をお願いする場合があります 携帯番号 - -