

ID:

初診時間診表

体温()℃ 体重()kg()g HR()SpO₂()

ふりがな

お名前 () 性別: 男・女

生年月日(昭和・平成・令和) 年 月 日 年齢(歳 か月)

保護者様のお名前() 父・母・祖父・祖母・その他()

住所(〒)

電話番号(自宅: - - 携帯: - -)

学校・保育園・幼稚園() 保育園・幼稚園・小学校・中学校)

新型コロナウイルスの感染リスクに関する質問です。

この2週間以内に、以下の行動をとったり、または以下の行動をとった人と同居していたり、濃厚接触したりしましたか?

- はい
- いいえ
 - 島根県外への移動をした
 - 多人数での会食・飲酒をしたり、歓送迎会、忘新年会に参加した
 - 寮生活をしている

● 今日はどうされましたか? いつから症状がありますか? 詳しい状況をお書きください。



熱が長く続いているかたは、体温の経過を以下のグラフにかいていただくと助かります。

● 今飲んでいるお薬はありますか?

なし あり(薬の名前を記載してください)

※お薬手帳を診察室でお見せいただいても構いません。

	月日	月日	月日	月日	月日										
	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜	朝	昼	夜
40℃															
39℃															
38℃															
37℃															
36℃															

● これまでにかかった病気はありますか? 持病はありますか?

なし あり

喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 花粉症

熱性けいれん てんかん 心臓病 未熟児出生

その他()

● アレルギーはありますか?

なし あり わからない

薬() 卵 牛乳・乳製品 小麦 大豆 甲殻類 そば

ナッツ ハウスダスト ダニ アルコール(消毒薬) その他()

● 次のワクチンは接種していますか?

・ヒブ・肺炎球菌 : はい いいえ 分からない ・ロタウイルス: はい いいえ 分からない

● 検査、処方について、ご希望があればお書きください。※治療上、希望に添えないこともあります。

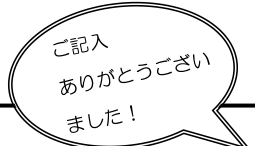
処方: シロップがいい 粉薬がいい 錠剤がいい 解熱剤がほしい (坐薬・内服薬)

検査: 新型コロナウイルスの検査希望

その他の希望 ()

● Fax 希望の薬局 (特定の薬局がある場合ご記入ください)

くれよん薬局・その他 ()



◇ くれこどもクリニックをどこでお知りになりましたか?

コミ() ホームページ 通りがかり その他()

◇ 診察の前には、おなかや背中をすぐに出すことができるように準備して下さいね。

