

ふりがな	
お名前	男 女 (歳 ヶ月)

体温	℃	体重	kg
----	---	----	----

◇ 診察内容 (いつから、どのような症状か) ・ 相談内容などを ご記入下さい。

◇ 他の病院で処方されているお薬はありますか？ なし ・ ある
↑ ある場合はお薬手帳をお預かりします。

以下の質問にお答え下さい。

- ①14日以内に新型コロナウイルス感染症患者と接触はありましたか？
(はい ・ いいえ)
- ②14日以内に新型コロナウイルス感染症の流行地域へ行かれたか？
(はい ・ いいえ)
- ③14日以内に新型コロナウイルス感染症が発症した
幼稚園、保育園、学校、職場等に 通っていますか？
(はい ・ いいえ)
- ④周りにインフルエンザを発症した方はいますか？
(はい ・ いいえ)