

初めて受診された方はご記入下さい。(当番医)

フリガナ		年齢	性別	男・女
氏名		歳 か月	生年月日	年 月 日
				第 ( ) 子
住所	〒 -		電話番号	

・発熱 気づいたのは [ 月 日 AM/PM 時 ] に ( ) °C,

直近の体温  
°C

解熱剤の使用 最終 [ 日 AM/PM 時 ]

けいれん予防薬(ダイアップ)の使用 [ 日 AM/PM 時 ] [ 日 AM/PM 時 ]

体重  
kg / 不明

・今お困りの症状

( )

<車で待機の場合>

色:

車種:

ナンバー:

駐車場所:

(A)番号あり [ ]

(B)番号なし [道路側・建物側]

★ 今回の症状で他院の受診や処方  
なし・(あり )

★ 周囲のコロナウイルス感染症の流行  
なし・(あり )

☆ おくすりの形態でご希望は?  
(こな・錠剤・坐薬)

★ 周囲のインフルエンザの流行  
なし・(あり )

★ ご家族の発熱・体調不良  
なし・(あり )

★ その他、園や学校で流行している病気  
なし・(あり )

★ 今までにかかった病気などがあれば ○ をつけて下さい。

[ ] 新型コロナウイルス感染症 ( 年 月 )

[ ] 熱性けいれん (これまでに 回、最終 年 月 / 歳 か月)

その他 ( )

★ お薬や食品に対するアレルギーはありますか?

なし・あり (具体的に )

★ 継続して処方されているお薬 ( )

★ どちらの保育園、幼稚園、こども園、学校に通われていますか?

( 保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校 ) ・通っていない

📖 おくすり手帳をお持ちの方は、ご提示下さい。