

初診時間診票（発熱者用）

ふりがな				生年月日 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
氏名			性別 男 女	年齢 歳 か月
住所	〒			体重 kg
電話番号1（本日必ず連絡が付く番号）				
電話番号2（緊急連絡先等）				
★通園・通学先名をお教え下さい（ ）＊行かれていない方は記入されなくて結構です				
★出産の際、何か異常がありましたか？	無 ・ 有 （ ）			
★生まれつきの病気はありますか？	無 ・ 有 （ ）			
★栄養法（現在授乳中の方）	母乳 ・ 混合 ・ 人工			
★今までかかった事がある病気に○をつけてください。				
突発性発疹 ・ 麻疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 喘息 ・ 気管支炎 ・ インフルエンザ じんましん ・ 肺炎 ・ 中耳炎 ・ その他 （ ）				
ひきつけ（けいれん）	無 ・ 有 （最後に起こしたのはいつですか？ 年 月 頃 ・ 歳頃）			
★入院歴	無 ・ 有 （いつ頃 年 月 頃 ・ 歳頃）（病名			
★おくすりや食物のアレルギーはありますか？	無 ・ 有 （ ）			
★予防接種は今まで年齢相当のものを受けていますか？	はい・いいえ 新型コロナワクチン 接種あり（ 回）・未接種			
※お薬の希望（希望有の方は、○を付けてください） シロップ・粉薬・錠剤・坐薬				
症状	あるは＋、なしは－に○をつけてください			
新型コロナ陽性者との接触	+	-		新型コロナ検査希望（抗原検査のみ） あり・なし
ねつ	+	-	診察前（ ）℃	
せき	+	-		
はなみず	+	-		
からだがだるい	+	-		
いきがくるしい	+	-		
のどがいたい	+	-		
おなかがいたい	+	-		
あたまがいたい	+	-		
げり	+	-		
おうと	+	-		
てあし、からだのいたみ	+	-		
その他の症状（右の空欄にお書きください）				