

名前 _____ 令和 年 月 日 体温 _____ °C

①新型コロナウイルスの感染・濃厚接触との接触がある _____ (はい・いいえ)

②本人・周囲でPCR・抗原検査を受けた方はいますか〈陰性も含む〉 _____ (はい・いいえ)

→はいの方 いつ () 誰が ()
結果 (陽性・陰性)

③2週間以内に周囲で発熱している方はいますか _____ (はい・いいえ)

誰が (家族・友人・園・学校・職場・その他)

④周囲ではやっている病気はありますか _____ (はい・いいえ)

(コロナ・RSウイルス・アデノウイルス・溶連菌・胃腸炎・その他)
園名・学校名・職場名 ()

⑤コロナワクチンは接種していますか _____ (はい・いいえ)

→はいの方 1回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ) 3回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ)
2回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ) 4回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ)

名前 _____

⑥来院手段 (車・徒歩・自転車・タクシー・バス・送迎)

車の方 → 車種 () ナンバー ()
色 ()

駐車場の場所 (クリニック記入欄)
①病院横・②奥の広い駐車場

⑦携帯番号 () 保護者名 (^{フリガナ})

⑧かかりつけ薬局 むぎのめ薬局・その他 ()

⑨いつから (日時で) どのような症状がありますか

⑩コロナの検査希望を希望しますか (はい・いいえ) はいの方 → 抗原検査・PCR検査

⑪他院で処方されている薬はありますか

はい 一薬の名前をお書き下さい 本日お薬手帳 あり なし

いいえ

名前 _____ 令和 年 月 日 体温 _____ °C

①新型コロナウイルスの感染・濃厚接触との接触がある _____ (はい・いいえ)

②本人・周囲でPCR・抗原検査を受けた方はいますか〈陰性も含む〉 _____ (はい・いいえ)

→はいの方 いつ () 誰が ()
結果 ()

③2週間以内に周囲で発熱している方はいますか _____ (はい・いいえ)

誰が (家族・友人・園・学校・職場・その他)

④周囲ではやっている病気はありますか _____ (はい・いいえ)

(コロナ・RSウイルス・アデノウイルス・溶連菌・胃腸炎・その他)
園名・学校名・職場名 ()

⑤コロナワクチンは接種していますか _____ (はい・いいえ)

→はいの方 1回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ) 3回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ)
2回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ) 4回目 (月 日) (ファイザー・モデルナ)

名前 _____

⑥来院手段 (車・徒歩・自転車・タクシー・バス・送迎)

車の方 → 車種 () ナンバー ()
色 ()

駐車場の場所 (クリニック記入欄)
①病院横・②奥の広い駐車場

⑦携帯番号 () 保護者名 (^{フリガナ})

⑧かかりつけ薬局 むぎのめ薬局・その他 ()

⑨いつから (日時で) どのような症状がありますか

⑩コロナの検査希望を希望しますか (はい・いいえ) はいの方 → 抗原検査・PCR検査

⑪他院で処方されている薬はありますか

はい 一薬の名前をお書き下さい 本日お薬手帳 あり なし

いいえ