

ふりがな	生年月日
お名前	平成・令和 年 月 日
性別	男 女 歳 カ月
ご住所 〒（ ）	電話番号（ ）
	携帯電話（ ）

熱 _____℃ 体重 _____kg

ご家族でインフル・コロナまたは他感染症と診断された方はいますか？（直近2週間以内）

誰が： いつ： インフルA・B / コロナ / その他（ ）

※本日はどのような症状ですか？

☐ 風邪以外の症状 （いつから、どのような症状ですか？）

☐ 発熱（37.5℃以上）	月 日 朝・昼・夜 頃から	最高	℃
※解熱剤を使用している場合はご記入ください → 最終使用 月 日 時頃			
☐ 咳	月 日 から	痰・ぜいぜい・ケンケン・その他（ ）	
☐ 鼻水	月 日 から	鼻づまり・くしゃみ	
☐ 痛み	月 日 から	頭・のど・おなか・耳・その他（ ）	
☐ 嘔吐	月 日 から	吐き気	
☐ 下痢	月 日 から	軟便・水様便・泥状	
☐ 肌	月 日 から	発疹・乾燥・かゆみ・その他（ ）	
部位（頭・顔・首・胸・おなか・背中・手・足・おしり）			

食欲： ☐通常 ☐いつもの半分くらい ☐少し ☐全く食べず

水分： ☐通常 ☐いつもの半分くらい ☐少し ☐全く飲めず

元気： ☐あり ☐いつもよりない ☐ない ☐機嫌悪い ☐ぐったりしている

※現在、他院に通院中の方は病名と通院先、お薬をお書きください。

〔 〕

以下の項目について、お分かりになる範囲で○をつけてご記入ください。

※出産・発育について

乳児期の栄養方法（1歳未満の方）： 母乳・混合・ミルク 離乳食： 回食

※食物アレルギー 不明 ・ なし ・ →（対象食物 ）

※薬剤アレルギー 不明 ・ なし ・ →（対象薬剤 ）

※ご家族の方であてはまるものがあればお答えください（どなたですか？）

喘息 （ ） アトピー （ ） 食物アレルギー （ ）

花粉症 （ ） けいれん （ ） 薬剤アレルギー （ ）

※これまでに入院、手術を受けたことはありますか？

いいえ ・ はい → （病名： ） （病院： ） （時期： ）