

*当院では、県の指示により新型コロナウイルス感染者もしくは、
その可能性のある患者様を診察することができません。ご了承ください。
別途、滑川町より紹介された病院をご案内しております。スタッフまでお声がけください。

名前 (_____)

年齢 (_____ 歳 _____ カ月) 体重 (_____ kg)

来院時体温 (_____ °C)

*ご家族の中に、発熱者はいますか？ はい (誰が _____) ・ いいえ

*周りで流行っているものはありますか？

はい (_____) ・ いいえ

発熱 (いつから _____)

咳 (いつから _____)

鼻水 (色: 透明 ・ 黄色 ・ 黄緑色 ・ 不明)

嘔吐 (いつから _____ 回数 _____ 回)

下痢 (いつから _____ 回数 _____ 回)

腹痛 (いつから _____)

頭痛 (いつから _____)

発疹 (部位: 頭 体 手足 顔 その他 _____)

のどの痛み

検査結果を聞きに来た

その他

今飲んでる薬はありますか？

1:ない 2:ある (当院 ・ 他院)

希望の剤型:シロップ、粉、溶ける錠剤、錠剤

