

発疹のある方は、あらかじめお申し出ください。

お名前 ( ) 年齢 ( 歳 ) 体重 ( kg)

※電話番号 ( ) 通園・通学先 ( )

※お車でお待ち頂く場合はご記入ください。

どのような症状がありますか？

- 発熱 (今日から 昨日から 日から)  嘔吐 (今日から 昨日から 日から)
- 頭痛 (今日から 昨日から 日から)  下痢 (今日から 昨日から 日から)
- のどの痛み (今日から 昨日から 日から)  腹痛 (今日から 昨日から 日から)
- 咳 (今日から 昨日から 日から)  発疹 (今日から 昨日から 日から)
- 鼻水 (今日から 昨日から 日から)  その他 ( )

園や学校で流行している病気はありませんか？

- 聞いていない
- ある ( )
- 周囲にコロナウイルスに感染している方はいますか？ いない いる
- コロナウイルス感染症にかかったことがありますか？ ない かかった ( 年 月 日)

5歳以上の方にお聞きします、コロナワクチンは接種しましたか？

- した ( 1回 2回 3回 ) していない
- 接種した方にお聞きします。最後に接種したのはいつですか ( 年 月 日 )

他院でもらっているお薬はありますか？

- ある (どこで ) どのようなお薬ですか ( )
- ない

ご家族の体調はいかがですか？

- よい
- 悪い (どなたが？ どんな？ 発熱 下痢 嘔吐 その他 ( ) )

発疹はありませんか？

- ある (どこに ) いつからですか？ (今日から 昨日から 日から)
- ない

発疹のある方にお聞きします。

- みずぼうそうにかかったことはありますか？ (ある ない)
- みずぼうそうの予防接種はしましたか？ (した 1回 2回 していない)

耳の下の腫れや痛みはありませんか？

- ある (右側 左側 両方 ) いつからですか？ (今日から 昨日から 日から)
- ない

耳の下の腫れや痛みのある方にお聞きします

- おたふくかぜにかかったことはありますか？ (ある ない)
- おたふくかぜの予防接種はしましたか？ (した 1回 2回 していない)

他に気になることはありませんか？ ( )