

名前（かか） _____ 年齢 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

電話番号① _____ ② _____

☆症状

熱（ 月 日 時～ 度）→ 現在 _____℃
咳（ 月 日～） 鼻水（ 月 日～） のどの痛み（ 月 日～） 頭痛（ 月 日～）
嘔吐（ 月 日～） 吐き気（ 月 日～） 腹痛（ 月 日～） 下痢（ 月 日～）
倦怠感（ 月 日～） 筋肉痛（ 月 日～） 関節痛（ 月 日～） 発疹（ 月 日～）
味覚、嗅覚の異常（ 月 日～） 食欲低下（ 月 日～） 呼吸困難（ 月 日～）

☆現在治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

はいの方 （病名 _____）

☆現在服用中の薬はありますか？（はい・いいえ）

はいの方 お薬手帳をお出してください→お持ちでない方（薬の名前 _____）

☆お薬の希望

種類：シロップ・粉・錠剤・カプセル
回数：1日2回・1日3回・どちらでも

☆自宅に解熱剤はありますか？（有・無）

ご希望の場合：粉・錠剤・坐剤

☆学校や周りにコロナウィルス感染症にかかった人はいますか？（はい・いいえ）

☆家族にコロナ陽性の方がいますか？（いいえ・はい→いつから _____ どなたが
あなたは濃厚接触者ですか？はい・いいえ）

☆抗原検査をしましたか？（いいえ・はい→検査日 _____ 陽性・陰性）