

お名前(カタカナ)

様 年齢 才

体温 °C / (15才未満の方)体重 kg

- ① ☆発熱はいつからですか？(月 日 時 °C)
☆その他の症状は何ですか？(具体的に書いてください)

その症状はいつからですか？(月 日 時～)

- ② 診察・処方について伝えておきたいことはありますか？(アレルギー等)

- ③ (15才未満の方)お薬の形状の希望に○をつけてください。

錠剤・粉薬・シロップ・坐薬 / 先生と相談

- ④ 今回、コロナの検査はされましたか？ いいえ/はい 月 日(陽性・陰性)

- ⑤ ご家族にコロナ陽性の方はいらっしゃいますか？ いいえ/はい

備考欄 第3 処① 処② 処③ 事務裏 カルテ No.

お名前(カタカナ)

様 年齢 才

体温 °C / (15才未満の方)体重 kg

- ① ☆発熱はいつからですか？(月 日 時 °C)
☆その他の症状は何ですか？(具体的に書いてください)

その症状はいつからですか？(月 日 時～)

- ② 診察・処方について伝えておきたいことはありますか？(アレルギー等)

- ③ (15才未満の方)お薬の形状の希望に○をつけてください。

錠剤・粉薬・シロップ・坐薬 / 先生と相談

- ④ 今回、コロナの検査はされましたか？ いいえ/はい 月 日(陽性・陰性)

- ⑤ ご家族にコロナ陽性の方はいらっしゃいますか？ いいえ/はい

備考欄 第3 処① 処② 処③ 事務裏 カルテ No.