

再診時間診票

しだ小児科クリニック



ふりがな

お名前 (_____) 性別 男・女

年齢 (_____) 歳

体温 (_____) °C 身長 (_____) cm 体重 (_____) kg

☆新型コロナ感染者や濃厚接触者と (2週間以内) に接触がありましたか？ (はい・いいえ)
『はい』の場合、詳しく教えてください。(いつ、どこで、どのように、どれくらい接触したか)

☆今日はどうされましたか？

(いつから、どんな症状か？ ●●を希望、相談したい など)

☆鼻吸いを希望されますか？ (* 一般外来の時間限定) (はい・いいえ)

☆お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)

☆解熱剤は (要・不要) ・ (坐薬・飲み薬)



ご協力ありがとうございました。