

## 再診時間診票



しだ小児科クリニック

お名前 ( \_\_\_\_\_ )

性別 男・女

年齢 ( \_\_\_\_\_ ) 歳 体温 ( \_\_\_\_\_ ) °C 体重 ( \_\_\_\_\_ ) kg

通学・通園先 ( \_\_\_\_\_ )

該当する項目にチェックをお願いいたします。

- 新型コロナ感染者や濃厚接触者と ( 2週間以内 ) に接触がある
- 学校や保育園などで ( 2週間以内 ) に休校があった。
- 同居家族に ( 1週間以内 ) に風邪症状の方がいる。
- 上記すべてに該当なし

該当項目があれば詳しく教えてください。

☆今日はどうされましたか？

☆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 )