

# 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 ( \_\_\_\_\_ )

★検査や隔離の判断に重要ですので、正直にお答えください★

以下の該当する項目にチェックをお願いいたします。

- コロナ感染者や濃厚接触者と (10日以内に) 接触がある
- (10日以内に) 学校・園・習い事等の同じクラスに感染者の報告があった
- 同居家族に (10日以内に) 風邪症状がある
- コロナ感染に (10日以内に) 思い当たることがある
- 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 )