


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 (_____)

電話番号 (_____) : 受診当日に連絡の取れる番号をお願いいたします。

★コロナに3ヶ月以内に感染されましたか？(いいえ・はい→ _____ 月に感染)

★コロナ感染者と10日以内に接触した可能性はありますか？(いいえ・はい)
『はい』の場合→詳しく教えてください。

★コロナ検査を希望されますか？(いいえ・はい)
(いいえでも当院の判断で必要な際には行います。)

☆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)