

ふりがな			
お名前			
体温	℃	体重 (小児)	kg
	保育園		小学校
	幼稚園		中学校
周囲の感染症	新型コロナウイルス感染症	インフルエンザ	
	その他 ()		
家族内の発熱	あり	なし	父 母 兄 姉 弟 妹 その他 ()
本日は解熱剤を使用しましたか?	した ()	時	していない
基礎疾患	あり ()		なし
症状のあるものに○を付けて下さい	いつからですか?		
発熱			
咳 鼻水 のどの痛み			
頭痛 関節痛			
倦怠感			
嘔吐	回/日		
下痢	回/日		
眼の赤味 目やに			
味・臭いがしない			
その他の症状	()		
女性の方へ 妊娠中ですか?	はい	いいえ	