

ID			
ふりがな お名前		体重	kg
保護者氏名			
住所			
連絡先（連絡のつく電話番号）			

◎ 兄弟姉妹はいますか？ () 人中 () 番目

◎ 通われている保育園・幼稚園・中学校・高校・その他

:

◎ 周囲のコロナ感染者の有無 (あり / なし)

※「あり」の方 : どなたですか？ ()

◎ 3日前からの行動 (例)「誰と」「いつ」「何をした」

長時間の飲食／マスクなしでの会話／学校／習い事 など

()

◆◆どのような症状ですか◆◆

発熱 (いつから 月 日 時頃から °C)

はな (いつから 月 日 時頃から)

咳 (いつから 月 日 時頃から)

頭痛 (いつから 月 日 時頃から)

その他 具体的に記入してください

()

ご希望のお薬の形状を教えてください → 粉 ・ 錠剤 ・ シロップ ・ 座薬

※ 車で来院される方は、①車種 ②色 ③ナンバー を予約のお電話の際にお伝えください。

駐車場に着きましたらクリニックにご連絡ください。医師が参ります。

※ 院内のトイレ等は使用できませんので済ませて、暖かい服装でお越しください。

※ 検査に時間がかかる事がございますので、お時間に余裕を持ってお越しください。

