

ソメイ  
氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 歳 ヶ月 ( 男 女 ) 生年月日 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

予約番号 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_

1. 該当する症状の□にレ点して下さい

また、症状が始まった日付も記入して下さい

現在の体温： \_\_\_\_\_ °C

- 発熱 (発熱した日時： 月 日：午前・午後 時頃 その時の体温： \_\_\_\_\_ °C)
- 咳 ( 月 日～)     咽頭痛 ( 月 日～)     鼻水 ( 月 日～)
- 腹痛 ( 月 日～)     嘔吐 ( 月 日～)     下痢 ( 月 日～)
- 頭痛 ( 月 日～)     めまい ( 月 日～)     倦怠感 ( 月 日～)
- 味覚障害 ( 月 日～)     嗅覚障害 ( 月 日～)

2. 新型コロナウイルス陽性者との接触歴を含め、その他の気になる症状等あれば教えて下さい

【 \_\_\_\_\_ 】

3. 通っている保育園、幼稚園、学校を教えてください

( \_\_\_\_\_ ) 学年 ( \_\_\_\_\_ )

4. 家族、保育園、幼稚園、学校などで流行している感染症はありますか ( なし ・ あり )

ありの場合はなんですか？ 水ぼうそう おたふくかぜ インフルエンザ はしか 風疹 溶連菌  
RSウイルス りんご病 胃腸炎 その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. 14日以内に新型コロナウイルス感染症の流行地域への滞在や旅行歴がありますか？

【 はい (滞在地域： \_\_\_\_\_ 滞在期間： 月 日～ 月 日) ・ いいえ 】

6. 現在服用している薬はありますか ( はい ・ いいえ ) \*「はい」の方はお薬手帳をご準備ください

アレルギーはありますか ( はい ・ いいえ )

薬剤 ( \_\_\_\_\_ ) ・食べ物 ( \_\_\_\_\_ ) ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

7. 一緒に住んでいる家族についておしえてください

父 ( \_\_\_\_\_ ) 歳    祖父 ( \_\_\_\_\_ ) 歳    ごきょうだい ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳    ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳

母 ( \_\_\_\_\_ ) 歳    祖母 ( \_\_\_\_\_ ) 歳    ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳    ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) 歳

8. 出生前後について

生まれた時の体重 ( \_\_\_\_\_ ) g 予定日より 早い ( \_\_\_\_\_ ) 日 遅い ( \_\_\_\_\_ ) 日 同じ

保育器に ( 入った ・ 入らなかった ) 発達異常とその後の経過 ( なし ・ あり )