



ふりがな	男 ・ 女	住所	〒	—
お名前				
生年月日：( H ・ R ) 年 月 日			携帯電話番号：	
集団生活：( )あり→( )幼稚園・保育園・小学校・中学校・高校・その他 ( )まだ				

熱はいつから？ ( 月 日 午前・午後 時から . °C )

体温が最も高かったのは？ ( 月 日 午前・午後 時 . °C )

熱以外の症状がありますか？(○をつけてください)

頭痛 関節痛や筋肉痛 せき 息苦しい のどの痛み 下痢  
 嘔吐・吐き気 味や臭いが分からない その他 ( )

ご家族に、上記のような症状のある方はおられますか？ ( はい ・ いいえ )

保育園・幼稚園、学校で **インフルエンザ**が流行していますか？ ( はい ・ いいえ )

ご家庭や学校などで接触<sup>☆</sup>された方に **インフルエンザ**と診断された方がおられますか？

☆ 接触の目安は「1メートル以内かつ15分以上」 ( はい ・ いいえ )

ご家庭や学校などで接触された方に **新型コロナ**と診断された方がおられますか？

( はい ・ いいえ )

2週間以内に **新型コロナ**の流行地域、発生施設に行かれたことがありますか？

( はい ・ いいえ )

2週間以内に **新型コロナ**の流行地域から来られた方と接触<sup>☆</sup>されたことがありますか？

☆ 接触の目安は「1メートル以内かつ15分以上」 ( はい ・ いいえ )

**熱性けいれん**を起こしたことがありますか？ ( いいえ ・ はい → 最終は 歳 )

その他、気になることがございましたらご記入ください。

※新型コロナと診断された場合には、当院では投薬は行わず、保健所・受入れ病院へ連絡・紹介させていただきます。

※新型コロナ抗原検査・インフルエンザ抗原検査で陰性であっても、これらの感染症の可能性は否定できません。症状が回復するまでは自宅で安静にし、他人に伝染する可能性を考慮した対応を心がけてください。