

受診される患者様は、以下の記載をお願いします。

- 1 症状で該当するものがあれば、チェックを入れてください(複数可)
- ①  発熱 日から 日間 最高体温 °C 体重 Kg 本日の体温 °C
- ②  のどが痛い ③  咳がでる ④  痰が出る ⑤  息くるしい (小児科外来で測定します)
- ⑥  体がだるい ⑦  におい、味がわかりにくい ⑧  嘔気・嘔吐・下痢
- ⑨  鼻水 ⑩  頭痛 ⑪  腹痛
- ⑩・⑪のみ該当される方は、小児科一般診察となります。

- 2 1週間以内の新型コロナウイルス感染者との接触歴 (あり・なし)

ありの方(具体的に時期など:

◆コロナの抗原検査◆

◆インフルエンザ検査◆

希望する・希望しない

希望する・希望しない

- 3 現在治療中の病気 (あり・なし)

ありの方(

- 4 現在内服中の薬 (あり・なし)

ありの方(

- 5 食べ物と薬のアレルギー (あり・なし)

ありの方(

新型コロナウイルスワクチン  
( 回接種済)

#### ※注意事項

- ①病院南側の駐車場に駐車し、車内待機をお願いします。
- ②診察場所は病院内になります。  
順番になりましたら携帯にお知らせしますので小児科外来にお越しくください。
- ③待機中に具合が悪くなりましたら、天童市民病院(☎654-2511)までお電話ください。

診察券番号

患者様のお名前

携帯番号

住所

(住所は、1か月以内に変更があった場合のみ記載してください。)