

ID	体温 () °C
お名前	体重 () kg
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 (才 か月)
携帯電話番号	母・父・その他

当てはまるものに○をつけて、症状が出てきた月日を (/) にご記入ください。

発熱	(/) () 時頃から	最高 () °C
倦怠感	(/) から	
せき	(/) (乾いたせき 痰がらみ ゼーゼー ケンケン)	
息苦しさ	(/) から	
はなみず	(/) (鼻づまり 透明 黄緑色)	
咽頭痛	(/) から	
味覚異常	(/) から	
頭痛	(/) から	
腹痛	(/) (ずっと ときどき 下痢 嘔吐)	
関節痛	(/) (場所)	
食事は	(いつも通り 少なめ 全くとれない) (/) から	
水分は	(いつも通り 少なめ 全くとれない) (/) から	
おしっこは	(いつも通り 少なめ 全く出ない) (/) から	
お薬の希望 (シロップ 粉薬 錠剤)	1日の内服回数の希望 (2回 3回)	
解熱剤希望 (座薬 飲み薬)		
コロナの人との接触	(あり なし) (/) (場所)	
インフルエンザの人との接触	(あり なし) (/) (場所)	

コロナ抗原検査	陽性	陰性	
インフルエンザ迅速検査	A型	B型	陰性