

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