ふりがな

お名前（　　）　男・女　＊体重＿＿＿＿kg　＊身長＿＿＿＿cm

＊体温＿＿＿＿度（保護者体温＿＿＿＿度）

1:本日はどうされましたか？

・**発　熱** 37.5 度以上　（　　／　　の　朝・昼・夕）（　　時）から

・**咳**（　　／　　）から　　・**鼻水**（　　／　　）から

・**頭痛**（　　／　　）から　　・**腹痛**（　　／　　）から

・**下痢**（　　／　　から水様・泥状が　　回／日）　　・**おう吐**（　　／　　から　　回／日）

・**ぶつぶつ**（かゆみあり・なし ）部位（顔・首まわり・胸腹部・背中・手足・陰部・その他　　）水疱（あり・なし）

・**アレルギーの相談**　・**夜尿症の相談**　・**育児相談**　・**発達/心理相談**　・**登園許可**

2：水分・食事はとれていますか？

水分（とれている・あまり・とれていない）　　食事（とれている・あまり・とれていない）

3：風邪症状の方にお聞きします

・通園/通学先（　　）　・　通園していない

・園/学校で流行中の感染症はありますか？

インフルエンザ　新型コロナウイルス感染症　アデノウイルス　RS ウイルス　ヒトメタニューモウイルス

溶連菌　胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノ・その他　　）　その他（　　）

不明

5：ご家族内で風邪症状のある方はいらっしゃいますか？（1 週間以内）

父　・　母　・兄弟/姉妹　・祖父母　：すでに診断されていれば診断（　　）

6：お薬の希望はありますか？

・シロップ　・粉薬　・錠剤　（体重/年齢によって処方できない場合もあります）

・解熱剤は希望されますか？　いらない　・　いる（　坐薬　シロップ　粉薬　錠剤　）

7：お薬や食べ物などでアレルギーをおこしたことはありますか？

ない　・　ある（　　）

8：現在飲んでいるお薬や使用中の外用薬はありますか？　なし　・　あり（下記へすべて記入又はお薬手帳をご提出ください）

（　　：医療機関名　　）

（　　：医療機関名　　）

9：その他ご相談やご質問などご自由にお書きください