



再診時間診票

たいようこどもクリニック

ふりがな

お名前 ()

性別 男 ・ 女

年齢 (才)

学校、保育園 ()

電話番号 携帯 :

※受診当日に連絡の取れる番号をお願いいたします。

★コロナ感染者と 10 日以内に接触されましたか？ (いいえ・はい)

『はい』の場合→詳しく教えてください。

★今日はどうされましたか？ (いつから、どんな症状か？)

★使用中のお薬はありますか？ (ない・ある :)

★お薬や食べ物でアレルギーはありますか？ (ない・ある :)

★お薬の希望は (粉薬・シロップ・錠剤)

★解熱剤は (要・不要) ・ (座薬・飲み薬)

★検査など何かご希望があれば、ご記入ください。