

お名前

男・女（才 月）

体重 kg

熱 °C

○2週間以内に、県外・外国に行きましたか？ …行った方 → 場所【 】

○家族に、かぜや味覚・嗅覚障害がある人はいませんか？ …いる場合 → 母 ・ 父 ・ 兄弟 ・ ( )

○本人や家族の周り（保育園や学校、職場など）で、新型コロナウイルスが発生したことがありますか？

…ある場合 → いつ【      月      日ごろ】      どこで【      】

★今日はどうされましたか？（いつから、どんな様子か、くわしく書いてください。）

## □ 熱

**□ 咳**

口 鼻

□ 嗅覚・味覚障害

(いつものかぜの時より、  
においや味がわかりづらい)

## □ 下痢

## □ 嘔吐

☐ その他

### ○活気・機嫌はどうですか？

( よい ・ まあまあ ・ わるい )

## ○食事・哺乳はできていますか？

(はい・いいえ → 普段の 割)

○今日、おしっこは出ていますか？

( はい ・ いいえ )

○他の病院でもらっている薬はありますか？

( いいえ ・ はい →お薬手帳も出してください)

○本日の処方について、薬局のご希望はありますか？ ひまわり薬局都町店休業にともないご不便をおかけしております。

( ひまわり薬局本店 FAX 希望 or FAX 不要 ・ 他店希望 )

※他店希望の場合は薬局名を記入ください

◎その他、周囲で流行している病気などがあれば書いてください。

★希望する検査や処置があれば○をしてください。（医師と相談のうえ、必要に応じて実施します。）

鼻すい ・ 吸入 ・ アレルギー検査 ・ レントゲン ・ その他（ ）