

<u>お名前</u>	<u>男・女</u> (才 ケ月)	<u>体重</u> 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。）

热

咳

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 ()