

小児

原本 医事課用 スキャン用

有 濃 陽 受診日 / ( )

カルテ入力

カルテ番号

〒 -

カナ

住所

氏名

男・女

身長

cm 体重

kg

生年月日 年 月 日 ( 歳) 登校(園先) ( ) 学校・幼稚園・保育園

※ 電話番号 (PCR検査を実施した場合の連絡先) 来院手段 車 (車種 色 NO. ) 徒歩 自転車 電車 バス タクシー (続柄)

病院到着後

体温: °C 血圧: / 脈拍: 回/分 呼吸数: 回/分 SPO2: %

いつから具合が悪くなりましたか? 月 日 時頃から 最初の症状:

※該当する症状に○をつけてください。 自覚症状なし

発熱がある 月 日 時頃~ 最高 °C
咳が出る 喉が痛い 鼻水・痰が出る (色 )
呼吸が苦しい 胸や背中での痛み 頭が痛い だるい
お腹が痛い 下痢している 吐き気がある・吐いた
食欲がない 水分が摂れない 味覚がわからない においを感じない
その他 (具体的に )

今回どこかに受診しましたか? いいえ・はい 月 日 病院名 ( )

処方 なし・あり (薬名 )

PCR検査 しない・した ( 陽性・陰性 ) 抗原検査 しない・した ( 陽性・陰性 )

既往歴

悪性腫瘍( ) 慢性閉塞性肺疾患(COPD肺気腫) 慢性腎臓病 高血圧 糖尿病
脂質異常症 肥満(BMI30以上) 臓器移植 免疫抑制剤使用中 抗がん剤使用中
喘息 その他 ( ) 特になし
内服薬: なし・あり (薬名 )

薬や食べ物のアレルギー: なし・あり (具体的に )

家族で喫煙する人 なし・あり (誰 )

最近1ヶ月以内の生活歴について該当する項目に○をつけてください。

感染者との接触 なし・あり (間柄 陽性判定 月 日、最終接触 月 日)

家族内の同症状 なし・あり (誰 )

海外渡航歴 3ヶ月以内 なし・あり (国名 )

新型コロナワクチン接種 未・済 ( ) 回 最終接種日 年 月

本日薬処方を希望されますか? いいえ はい (具体的に )