

S () ・ IF () ・ ID ()

職員記入欄

medical consultation YES ・ NO	様	ベル
錠 ・ 粉	濃厚接触 有 ・ 無	人数
◇体温:	℃	◇SpO2: %

*****患者様の記入欄*****

令和6年 月 日 生年月日(西暦) 年 月 日生

初診／再診 : 職業 (学校名)

フリガナ

氏名 男 ・ 女 (満 歳)

携帯番号 — — 会計の連絡先で使用

住所〒

身長 cm 体重 kg

※体重で薬の量が変わるので必ず記載して下さい

◇症状はいつから? : ◇発熱は最高で(℃)

◇主な症状は? :

◇新型コロナ感染歴(有・無): 最後の感染は? 令和 年 月頃

◇薬アレルギー(有・無)【薬名】

◇妊娠(有・無)【 週】

◇既往歴・基礎疾患(有・無):

◇服用薬

【看護師記入欄】