

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）予診票

新型コロナウイルス感染症の可能性を疑う方は、以下に記入して受付に出して下さい。（FAXでもOK）

お子様の名前（ ） 年齢： 才 園、学校名： 学年
保護者名：
携帯番号（今繋がるもの ）

本日、最も心配な症状は何ですか？

以下の症状についてお聞きします

1:発熱(37.5度以上) なし・あり(いつから)、最高の熱 ()

以下 あるものに○を付けてください

頭痛、吐き気、関節痛、のどの痛み、せき、鼻水、味覚障害、腹痛、下痢、その他()

同居家族について

体調不良の人 いる・いない

コロナ感染者 いる・いない

学校や塾、集団生活の中で

コロナの人がいる・いない

本人が濃厚接触と判断されている・そうではない

新型コロナワクチンを受けていますか？

1 回済・2 回済・未接種

基礎疾患はなにかありますか？

その他、気になること

コロナの検査を希望しますか？ ぜひ希望 先生と相談の上 今回は希望していない

検査をする場合には、症状があればすぐに結果の出る 抗原迅速検査ができます。無症状であればだ液を家で取ってきてもらって PCR 検査に出しますが、結果は 2 日ほどかかります。

検査希望の方のみ どちらの検査を希望ですか？ 抗原迅速 ・ PCR

橋本こどもクリニック

電話：072-631-9001 FAX:072-631-8989