

ふりがな
お名前
年 月 日生
住所：
電話番号：
【付添い】 母・父・祖母・祖父・その他
現在の内服等 あり・なし
【症状】 あるものに○をつけて下さい 発熱 ・ 咽頭痛 ・ 頭痛 咳 ・ 鼻汁 ・ 眼脂 吐気 ・ 嘔吐 ・ 腹痛 下痢 ・ 便秘 発疹や皮膚症状 ・ その他
体温 ℃ 体重 kg
その他ご希望がございましたらお書きください