

【風邪・インフルエンザ・胃腸炎 問診票】

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

症状を発症して6日以内、または下痢・腹痛・嘔吐のいずれかの症状がある  
患者様は、以下の問診について詳しく教えてください。

氏名 \_\_\_\_\_

※現在、喘息あるいはCOPDの治療を \_\_\_\_\_ している \_\_\_\_\_ していない

月 \_\_\_\_\_ 日から症状あり。 体温 \_\_\_\_\_ °C

発熱 \_\_\_\_\_ あり( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に最高で \_\_\_\_\_ °Cの発熱あり。昨日は \_\_\_\_\_ °C)  
発熱のある方・・・37.5°C以上の発熱はいつからありますか？ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
なし

のどの痛み	あり	なし
咳	あり	なし
痰	あり	なし
鼻水	あり	なし
ふしぶしの痛み	あり	なし
頭痛	あり	なし
食欲低下	あり	なし
からだのだるさ	強い	ややあり  なし
5日以内に人ごみに	でかけている	行っていない
不特定多数の人に接する仕事を	している	していない

身近にインフルエンザ、マイコプラズマ肺炎、溶連菌の人は  
いた(家族・友人・職場の人が \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ と診断) ・ いない

下痢	あり(昨日は _____ 回、今日は _____ 回)	なし
血便	あり	なし
腹痛	あり	なし
嘔気	あり	なし
嘔吐	あり	なし
水分摂取	できる	できない
食事摂取	できる	できない

身近に嘔吐・下痢症状がある人は \_\_\_\_\_ いた(家族・友人・職場の人が \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日に \_\_\_\_\_ の症状あり)  
いない