

氏名 _____

月 日から下記症状あり 来院時体温: _____ °C
発熱 あり なし
(月 日に最高で _____ °C、昨日は _____ °C)
下痢 あり なし
(昨日は _____ 回、今日は _____ 回)
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、下痢の人はいましたか? いた いない
(_____ が 月 日に _____ の症状)

咽頭痛 あり なし
咳 あり なし
痰 あり なし
鼻水 あり なし
節々の痛み あり なし
頭痛 あり なし
食欲低下 あり なし
だるさ 強い ややあり なし
5日以内に人ごみに出ましたか? 出た 出ていない
不特定多数の人に接する仕事をしていますか? している していない
身近にインフル、マイコプラズマ、溶連菌の人はいますか? いた いない
(_____ が 月 日に _____ と診断)

緑内障はありますか? あり なし
お薬のアレルギーはありますか? あり なし

(お薬の名前: _____)

女性の方…現在妊娠していますか? していない 可能性がある
妊娠している (_____ 週)
現在授乳中ですか? はい いいえ