

【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、治療中の持病はありますか？(持病がある方は病名も教えてください)

あり(治療中の病名: _____) _____ なし

_____ 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

味覚障害 _____ あり _____ なし

嗅覚障害 _____ あり _____ なし

からだのだるさ _____ 強い _____ ややあり _____ 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

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

身近にコロナウィルスに感染した人が _____ いる _____ 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)・いない

女性の方・・・現在妊娠していますか _____ している(現在 _____ 週) _____ 可能性がある _____ していない

授乳していますか _____ している(お子さん _____ 歳 _____ ヶ月) _____ していない

お薬のアレルギーはありますか _____ あり(_____) _____ なし

食物アレルギーはありますか _____ あり(_____) _____ なし

緑内障はありますか _____ あり _____ なし