

氏名 _____

現在治療中の持病はありますか？(ある方は病名も教えてください)

あり(_____) ・なし

月 日から下記症状あり 来院時体温: _____ °C

発熱 あり 無し

(月 日に最高で _____ °C、昨日は _____ °C)

下痢 あり 無し

(昨日は 回、今日は 回)

血便 あり 無し

腹痛 あり 無し

嘔気 あり 無し

嘔吐 あり 無し

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)

味覚障害 あり 無し

嗅覚障害 あり 無し

体のだるさ 強い ややあり 無し

咽頭痛 あり 無し

咳 あり 無し

痰 あり 無し

鼻水 あり 無し

節々の痛み あり 無し

頭痛 あり 無し

食欲低下 あり 無し

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(_____ 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方はいますか いる いない

緑内障はありますか？ あり 無し

お薬のアレルギーはありますか？ あり 無し

(お薬の名前: _____)

食物アレルギーはありますか？ あり 無し

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(お子さん _____ ヶ月 _____ いいえ)