

【風邪・インフルエンザ・胃腸炎 問診票】

記入日： 年 月 日

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
 開口障害(指三本分口が開かない) _____ あり なし
 のどが痛くて唾を飲み込めない _____ 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