

【胃腸炎問診票】

記入日 年 月 日

氏名

月 日から下記症状あり 院内体温 °C

発熱 あり (月 日に最高で °C、昨日は °C) なし

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 できない できる

食事摂取 できない できる

5日以内に身近な人で嘔吐、下痢の人がいましたか？

いた (家族・友人・職場の人が 月 日に の症状) いない

だるさ 強い ややあり なし

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

5日以内に人ごみに であつた であっていない

不特定多数の人に接する仕事を している していない

5日以内に身近な人でインフルエンザ、マイコプラズマ肺炎、溶連菌の人がいましたか？

いた (家族・友人・職場の人が 月 日に と診断) いない

5日以内に新型コロナウイルス陽性者と接触がありましたか？

あり なし

検査希望 あり なし

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

妊娠や授乳中ですか？ 妊娠中 (週) 授乳中 (お子さん 才 ヶ月) いいえ

基礎疾患はありますか？ あり (病名:) なし

食物アレルギーはありますか？ あり () なし