

【風邪問診票】

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の発熱あり。昨日は _____ °C) なし
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

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 _____ できている 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

5日以内にインフルエンザ、マイコプラズマ肺炎、溶連菌の人はいましたか?
_____ 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の人と接触はありましたか?

_____ あり なし

検査希望 _____ あり なし

下痢 _____ あり (昨日は _____ 回、今日は _____ 回) なし

腹痛 _____ あり なし

嘔気 _____ 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

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

※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

現在、治療中の持病はありますか? _____ あり(病名: _____) なし

定期的な内服薬はありますか? _____ あり(薬剤名: _____) なし

食物アレルギーはありますか? _____ あり(_____) なし