

【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

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

頭痛 _____ 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