

【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

直近2週間の海外渡航 \_\_\_\_\_ あり なし

下痢 \_\_\_\_\_ あり なし

腹痛 \_\_\_\_\_ あり なし

嘔気 \_\_\_\_\_ 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

※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

4時間以内の解熱剤内服 \_\_\_\_\_ あり なし

基礎疾患はありますか? \_\_\_\_\_ 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