

【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 ℃

発熱 あり (月 日に最高で ℃、昨日は ℃) 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

●コロナ検査希望 あり なし

●インフル検査 あり なし

●溶連菌検査 あり なし

※医師の判断で対応が変わる場合もあります。