

【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 ℃

発熱 あり(月 日に最高で ℃の発熱あり。昨日は ℃) なし

発熱のある方…37.5℃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

- 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。