

風邪症状 問診票

氏名： _____

性別： 男 ・ 女 _____

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

・ 1 か月以内に海外や新型肺炎発生地、施設や集団との接触がありましたか
_____ (はい ・ いいえ)

・ 1 か月以内に海外や新型肺炎発生地、施設や集団との接触があり、熱が出た、咳が出るなどの症状がある人と一緒にいたり、会話をしたりしましたか
_____ (はい ・ いいえ)

・ 次の疾患をお持ちですか

糖尿病、心疾患、慢性呼吸器疾患 (はい ・ いいえ)

・ 次の薬を服用していますか

抗がん剤、ステロイド剤、免疫抑制剤 (はい ・ いいえ)

現在の症状 ※あてはまる症状に○をつけてください

熱 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

★今現在の熱 _____ 度

喉の痛み _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

咳 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

鼻汁 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

痰 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

息切れ _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

息苦しさ _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

胸の痛み _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

だるさ _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

頭痛 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

関節痛 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

筋肉痛 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

発疹 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

腹痛 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

下痢 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)

嘔吐 _____ ない _____ ある (いつ頃から _____ 月 _____ 日頃から)