

風邪・風邪の様な症状問診票

記載日 年 月 日

氏名

ID

該当する項目を○で囲むか、空欄を埋めて下さい。

体重 kg

熱がある 日前から 月 日から 日間 現在はない  
 最も上がった時 ( °C 月 日 時頃) 現在の熱 ( °C)

鼻づまり 日前から 月 日から 現在はない

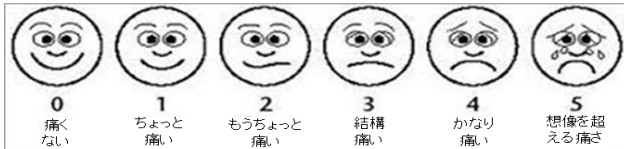
鼻水が出る 日前から 月 日から 現在はない  
 鼻水の性状は (透明でサラサラ 透明でネバネバ 黄色 緑)

においがわからない・わかりにくい 月 日から 現在はない

味がわからない・わかりにくい 月 日から 現在はない

のどが痛い 日前から 月 日から 現在はない

のどの痛みはどの程度ですか。



食事はできますか

普通にできる 痛いけどできる 水分だけ つばも飲めない

のどは左右どちらかが痛いですか

いいえ はい ( 右 左)

せきが出る 日前から 月 日から 現在はない

たんは 出ない・出る (透明 黄色 緑)

声がかれる 日前から 月 日から 現在はない

耳が痛い(右・左・両) 日前から 月 日から 現在はない

耳だれ(右・左・両) 日前から 月 日から 現在はない

息苦しい 日前から 月 日から 現在はない

筋肉痛 日前から 月 日から 現在はない

胸の痛み 日前から 月 日から 現在はない

下痢 日前から 月 日から 現在はない

体がだるい 日前から 月 日から 現在はない

周りに新型コロナウイルスにかかった方がいますか？ (いない・わからない・いる場合は下記)

同居、車内や航空機内等で、2メートル以内での長い時間の会話 (はい・いいえ)

マスクや手袋などの个人防护具なしで感染者の看護・介護をしていた。(はい・いいえ)

感染が疑われる者の気道分泌物、体液等に直接接触した。(はい・いいえ)

今回の症状がでる前の2週間以内に新型コロナウイルス感染が多発している地域(東京、大阪など)や外国に行きましたか。(いいえ)

はいの方は 国内：県、市名 ( ) 外国：国名 ( )

最近、卓球場、スポーツクラブ、など感染者が多発した施設あるいはイベントに行きましたか。

(いいえ はい: )

今回の症状で飲んでいる薬は ない ある (総合感冒薬 解熱剤 漢方 )

今回の症状で他の医療機関を受診しましたか

いいえ はい (病院名: )

処方された薬 ( <すり手帳等があればコピーします)

治療中の病気はありますか。(いいえ) (はいの方は下記に○)

糖尿病 心臓 呼吸器 腎臓 免疫抑制治療 がん 抗がん剤

その他 具体的に ( )

たばこは吸いますか? 吸わない 吸っている(1日 本) やめた ( 年前)

(女性のみ) 妊娠中、あるいは妊娠の可能性はありますか。(あり・なし)