

風邪・風邪の様な症状問診票

記載日 年 月 日

氏名

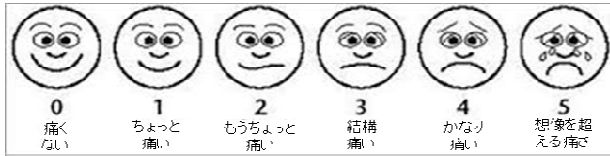
ID

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 +1  
 最も上がった時 ( °C 月 日 時頃) 現在の熱 ( °C)  
 においがわからない・わかりにくい 月 日から 現在はない (+2)  
 味がわからない・わかりにくい 月 日から 現在はない (+2)  
 のどが痛い 日前から 月 日から 現在はない (+1)

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 (+1)  
 たんは 出ない・出る (透明 黄色 緑)  
 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)

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  
 頭痛 日前から 月 日から 現在はない

2週以内に新潟県外に滞在しましたか (いいえ はい はいの方は下記も記載願います)

A) 新型コロナの流行地域あるは海外 (県名や国名; ) +3

B) それ以外の都道府県 (都道府県名や国名; ) +1

ほぼ外出していないですか (はい いいえ) -1

2週以内に新型コロナに感染した方と接触しましたか (いいえ はい) +4

2週以内に同居家族に発熱がありましたか (いいえ はい) (+1)

職業上、接客などの不特定多数との接触はありますか (いいえ はい) +1

2週以内に5人以上の会食や宴会に参加しましたか (いいえ はい) +1

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は受診しましたか

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)

その薬で改善はありましたか (いいえ はい) +1

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)