

風邪・風邪の様な症状問診票

記載日 年 月 日

氏名

I D

該当する項目を○で囲むか、空欄を埋めて下さい。

体重 Kg

耳	耳が痛い(右・左・両)	日前から	現在はない
	耳だれ(右・左・両)	日前から	現在はない
鼻	鼻づまり	日前から	現在はない
	鼻水が出る	日前から	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 白 黄色 緑)		
	においがわからない・わかりにくい	日前から	現在はない
口	味がわからない・わかりにくい	日前から	現在はない
咽	のどが痛い	日前から	現在はない
	のどの痛みはどの程度ですか？(番号に○)		どこが痛いですか？ (痛い所に○)
	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		
喉	声がかれる	日前から	現在はない
他	頭痛	日前から	現在はない
	目の痒み	日前から	現在はない
	せきが出る	日前から	現在はない
	タンが出る	日前から	現在はない
	タンの性状は(透明 白 黄色 緑)		
	息苦しい	日前から	現在はない
	胸の痛み	日前から	現在はない
	吐気	日前から	現在はない
	下痢	日前から	現在はない
	筋肉痛	日前から	現在はない
	体がだるい	日前から	現在はない
	熱がある	日前から	現在はない
	最も上がった時 (°C 月 日 時頃) 現在の熱 (°C)		
1週間以内に			
	新潟県外に滞在しましたか	(いいえ はい 場所;	)
	ほぼ外出していないですか	(いいえ はい)	
	新型コロナに感染した方と接触しましたか	(いいえ はい どなたか;	)
	同居家族に発熱がありましたか	(いいえ はい どなたか;	)
	同居家族に風邪をひいた方はいましたか	(いいえ はい どなたか;	)
	不特定多数との接触はありますか	(いいえ はい)	
	会食や宴会に参加しましたか	(いいえ はい どなたと;	)
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(	く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)	
今回の症状で市販の薬は使いましたが(いいえ はい; 総合感冒薬 解熱剤 漢方 他;			
	その薬で改善はありましたか	(いいえ はい)	
治療中の病気はありますが(いいえ はい; 糖尿病 高血圧 他;			
	現在の処方薬(	くすり手帳等があればコピーします)	
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)			