

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

耳	耳が痛い(右・左・両)	日前から
	耳だれ(右・左・両)	日前から
鼻	鼻づまり	日前から
	鼻水が出る	日前から
	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
□	味がわからない・わかりにくい	日前から
咽	のどが痛い	日前から
	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○) 右 左 	
	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
他	頭痛	日前から
	目の痒み	日前から
	せきが出る	日前から
	タンが出る	日前から
	タンの性状は(透明 白 黄色 緑)	
	息苦しい	日前から
	胸の痛み	日前から
	吐気	日前から
	下痢	日前から
	筋肉痛	日前から
	体がだるい	日前から
	熱がある	日前から 日間
		最も上がった時 ( °C 月 日 時頃) 現在の熱 ( °C)
	家族に風邪をひいた方はいましたか (はい (発熱 有・無) いいえ)	
	周囲で感染症が流行していますか (はい 何が; いいえ)	
今回の症状で他の医療機関は受診しましたか		
	はい(病院名: ) いいえ	
	処方された薬; 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か(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か(はい; 糖尿病 高血圧 他; )		
	現在の処方薬:	
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)		
その他にお伝えしたいことがあれば、ご記入下さい。		