

風邪・風邪の様な症状問診票

記載日 年 月 日

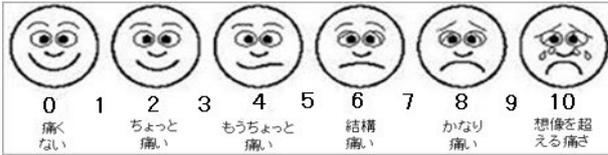
氏名

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？(番号に○)



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

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)

2週以内に同居家族に風邪をひいた方はいましたか (いいえ はい)

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( ) 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) +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)