

記入日 年 月 日

インフルエンザ AB	+	-
COVIT	+	-
その他()	+	-

感染症診察を受けられる方へ

フリガナ

お名前 _____ 性別 男 女

年齢 _____ 歳 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg

●今回の症状が始まったのは _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ ころ

●来院時体温 _____ °C

●あてはまる症状にチェックをつけてください

発熱 _____ °C のどの痛み セキ・タン (白色・それ以外)

くしゃみ 鼻水 倦怠感 頭痛 腹痛 下痢

嘔吐 吐き気 嗅覚・味覚異常

その他(_____)

●一番つらい症状は何ですか？

(_____)

●今回の症状に対して何か薬を飲んでいる方は薬剤名をお書きください

(_____)

●ご家族や知人の方で同様の症状の方はいますか？ はい いいえ

はいのかたはわかる範囲で詳細をお知らせください

(_____)

●食事はとれていますか はい いいえ(/ : 最終食事)

●水分はとれていますか はい いいえ(/ : 最終水分)

●症状が出た日以前の 14 日間の行動歴について

海外渡航 あり(_____) なし

●女性の方で該当するときはチェックをつけてください

妊娠中 授乳中 妊活中

他に何か伝えたいことがありましたらご記入ください

(_____)

ご協力ありがとうございました、恐れいりますが今しばらくお待ちください