

風邪問診票

H 年 月 日 受診分 ID _____

氏名 _____

体温 _____ °C

該当項目を○で囲んでください。

いつから症状がありますか？	月	日の朝・昼・夜（または	日前頃から）
熱はありますか？	ない	ある	
熱が出たのはいつですか？	日	時頃	
今回の最高の熱は何度ですか？		度	
それはいつですか？	日	時頃	
のどの痛み	ない	少し	強い とても強い
咳はありますか？	ない	軽い	ひどい 夜ひどい 止まらない
痰はありますか？	ない	絡む	多い
鼻水はありますか？	ない	少し	多い とても多い
他の症状は？	倦怠感	筋肉痛	関節痛 頭痛
腹痛はありますか？	ない	ある	
お通じ(便)はどうですか？	正常	軟便	下痢 水様便 (回)
下痢の場合血液が混ざっていますか？		混ざっている	混ざっていない
吐き気はありますか？	ない	ある	
嘔吐しましたか？	ない	ある	(回)
ご家族や職場などで同じような症状の方はいましたか？		いいえ	はい
下痢や嘔吐がある場合、心当たりがある食べ物がありますか？ (牡蠣、鳥刺し、焼肉、刺身などを数日以内に食べましたか？)		いいえ	はい
(男 性)前立腺肥大はありますか？	ない	ある	
(女性)妊娠中ですか？	妊娠している	妊娠の可能性がある	妊娠の可能性はない
(女性)授乳中ですか？	授乳中	いいえ	
服用中の薬がありますか？	他院でもらっている薬がある。		市販薬を服用している
緑内障または眼圧が高いと言われたことはありますか？	ない		ある

その他の症状があればご記入ください。