感染症問診票

令和　　年　　月　　日

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏名　　生年月日　大昭平令　　年　　月　　日（　　歳）

性別　男・女　　つながりやすい電話番号（携帯）

住所　〒

（未成年の場合）保護者氏名　　保護者電話番号

保護者住所　〒

① 現在の体温　　℃（平熱　　℃）　身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ

② 当てはまるものに○をつけてください

妊娠の有無	あり・なし	妊娠＿ヶ月	（医療機関　　）
授乳の有無	あり・なし		
現在喫煙の有無	あり・なし	ありの方	本/日　　喫煙年数　　年間
過去の喫煙歴	あり（喫煙歴＿＿年） ・なし		
基礎疾患の有無 ・あり ・なし	□糖尿病　□高血圧　□脂質異常症（高ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ血症）　□脳血管疾患　□認知症 □心不全　□呼吸器疾患（COPD 等）　□透析治療中　□免疫抑制の使用 □抗がん剤の使用　□その他（　　）		

③ 基礎疾患で現在、服用中のお薬はありますか？　はい　/　いいえ

④ アレルギーはありますか？　はい　/　いいえ

ある方は何のアレルギーですか？（薬・食物・花粉・その他　　）

⑤ 症状の有無　なし　/　あり（下に記入）

□咳・痰	（　月　日から出現）	□頭痛	（　月　日から出現）
□発熱（　～　℃）	（　月　日から出現）	□喉の痛み	（　月　日から出現）
□全身倦怠感	（　月　日から出現）	□嘔気/嘔吐	（　月　日から出現）
□呼吸苦	（　月　日から出現）	□下痢	（　月　日から出現）
□味覚・臭覚異常	（　月　日から出現）	□鼻水・鼻閉	（　月　日から出現）

⑥ 食事、水分はとれていますか？　なし・　あり（　　）

⑦ その他の症状があれば書いてください　（　月　日から出現）

⑧ 周囲にインフルエンザ感染者・コロナ感染者の疑いの方がおられますか？　はい　/　いいえ