

： () インフル・コロナ / インフルのみ () (再診)問診票

ふりがな
お名前 男・女

体温 _____ °C 体重 _____ kg

※本日はどのような症状ですか？

発熱	_____ 日前の <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕方 <input type="checkbox"/> 夜 から発熱 _____ °C _____ 月 _____ 日に最高 _____ °C 今朝は _____ °C
鼻水	_____ 日前から <input type="checkbox"/> 黄色 <input type="checkbox"/> 緑色 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 透明 <input type="checkbox"/> ネバネバ <input type="checkbox"/> サラサラ <input type="checkbox"/> つまる ※前回受診後も続いている方 → <input type="checkbox"/> ひどくなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 良くなっている
咳	_____ 日前から <input type="checkbox"/> 痰絡み <input type="checkbox"/> 乾いた咳 <input type="checkbox"/> 咳込み <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> ヒューヒュー <input type="checkbox"/> ケンケン <input type="checkbox"/> 夜中に咳で起きる <input type="checkbox"/> 咳込んで嘔吐する 咳の多い時間帯は？ <input type="checkbox"/> 明け方 <input type="checkbox"/> 日中 <input type="checkbox"/> 寝る前 <input type="checkbox"/> 睡眠中 ※前回受診後も続いている方 → <input type="checkbox"/> ひどくなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 良くなっている
嘔吐	_____ 日前から 昨日 _____ 回 今日 _____ 回 最後の嘔吐以降に水分は摂取できていますか → <input type="checkbox"/> 飲めている <input type="checkbox"/> 飲めていない
下痢	_____ 日前から 1日 _____ 回 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 白色 <input type="checkbox"/> 血便 ※前回受診後も続いている方 → <input type="checkbox"/> ひどくなっている <input type="checkbox"/> 変わらない <input type="checkbox"/> 良くなっている
くしゃみ	_____ 日前から
咽頭痛	_____ 日前から
頭痛	_____ 日前から <input type="checkbox"/> ずっと <input type="checkbox"/> ときどき
便秘	_____ 日前から 普段：_____ 日に1回くらい 最終排便：_____ 月 _____ 日
皮膚症状	_____ 日前から <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 蕁麻疹 <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> あせも <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 口 <input type="checkbox"/> 背中 <input type="checkbox"/> お腹 <input type="checkbox"/> おしり <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 全身
その他	※その他の症状、相談したいこと、周囲で流行している病気など

※本日の状態はどの程度ですか？

- 元気： あり いつもよりない ない 機嫌悪い ぐったりしている
 食欲： 通常 いつもの半分くらい 少し 全く食べず
 水分： 通常 いつもの半分くらい 少し 全く飲めず
 睡眠： 眠れている 時々起きる 眠れない
 おしっこ： 通常 少なめ ほとんど出ていない

※上記の症状での他院への受診をされていますか？

- 無 有(受診日： _____ 月 _____ 日)

※上記の症状で飲んでいるお薬はありますか？

- 無 有 (当院処方薬 他院処方薬 市販薬)

→わかる範囲で薬の名前をご記入ください

{ }