

# ◇◇◇問診表◇◇◇

お名前： \_\_\_\_\_

(1)いつからですか？

【                                  】(朝・昼・夜)から

(2)どのような症状ですか？(○で囲んで下さい。)

熱がある(       °C)(    月    日 )

頭痛(左・右・全体的)

耳痛(左・右)

のどが痛い

咳が出る(痰がらみ:有・無)(ゼイゼイ・ヒューヒュー・ケンケン)

めまい(回転性・クラクラ)

鼻水(透明・白・黄色・緑・つまってる)

目やに(左・右・両眼)

くしゃみ 腹痛

吐き気 嘔吐(何回 /日)

下痢(軟・泥・水) 便秘(最終排便:    月    日)

体がだるい 関節痛(部位:                  )

胃痛(絞られる感じ・チクチクする感じ)

かゆい【部位:                                  】

味覚・嗅覚障害【有・無】

(3)現在、何か薬を飲んでいますか？

現在妊娠中

【 はい    いいえ 】

授乳中

その薬の名前はなんですか？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(4)インフルエンザ予防接種の有無(昨秋から)1回  2回  無

(5)過去1ヶ月で国内・海外旅行歴【はい いいえ】【場所:                                  】

(6)過去1ヶ月でコロナ感染者との接触【はい いいえ】

(7)勤務先(学校)所在地 【    】