

**問診票**

お名前( )年齢( )才 男女 診察券番号( )

- ① いつから何度の発熱がありますか ( )月( )日 より 最高( )度
- ② 本日は何度ですか? ( )度
- ③ 倦怠感がありますか? (小さいお子さんの場合元気がないですか?)  
いいえ はい
- ④ 頭痛がありますか? いいえ はい
- ⑤ 味覚・嗅覚障害がありますか? いいえ はい
- ⑥ 咽頭痛がありますか? いいえ はい
- ⑦ 家族の人が最近発熱しましたか? いいえ はい

はいと答えた方は ・誰か○をしてください

(父 母 祖父 祖母 兄・姉・弟・妹 )が

( )月( )日より発熱

その経過は( )

★ご両親や同居の高校生以上の家族が先に発熱している場合は内科での診断を先になさってください。濃厚接触者は相談センターに連絡し指示に従ってください。

- ⑧ この1週間以内に外食や会食をしましたか? いいえ はい
- ⑨ 友達や学校の先生、習いごと、塾の先生などがこの1週間以内に発熱していますか?  
いいえ わからない はい
- ⑩ 所属する集団(保育園・幼稚園・学校・習い事・塾など)で欠席者は多いですか?  
いいえ はい
- ⑪ 咽頭痛がありますか? いいえ はい
- ⑫ 鼻水・鼻づまりはありますか? いいえ はい
- はいと答えた方は 以下1) 2) の該当に○をしてください
- 1) 鼻水の主な色 (透明 白 黄色)
- 2) 鼻づまり (あり なし)
- ⑬ 息が苦しいですか?(呼吸苦の有無) いいえ はい
- ⑭ せきはありますか? いいえ はい
- はいと答えた方は 以下1) ~ 2) の該当に○をしてください
- 1) 咳の性状 (乾いたせき 湿った痰がらみのせき)
- 2) 咳の多い時間帯(朝起きがけと寝入りに多い 日中に多い 昼夜ともに多い)  
( 夜間に多い 夜間咳で目覚めてしまう )
- ⑮ 嘔気・嘔吐はありますか? いいえ はい
- ⑯ 下痢腹痛はありますか? いいえ はい
- ⑰ その他の症状や周囲の感染症情報等ありましたらご記入ください