

お名前 \_\_\_\_\_

現在の体温 \_\_\_\_\_℃

◆症状に○をして、詳細をご記入下さい

- ・発熱 いつから： \_\_\_\_\_ 最高 \_\_\_\_\_℃( \_\_\_\_\_日 \_\_\_\_\_時頃)
- ・頭痛 いつから： \_\_\_\_\_ どのような： \_\_\_\_\_
- ・咳 いつから： \_\_\_\_\_ どのような： \_\_\_\_\_
- ・喉痛 いつから： \_\_\_\_\_ どのような： \_\_\_\_\_
- ・痰 いつから： \_\_\_\_\_ どのような：黄色・透明・サラサラ・(他 \_\_\_\_\_)
- ・鼻水 いつから： \_\_\_\_\_ どのような：黄色・透明・サラサラ・(他 \_\_\_\_\_)
- ・鼻づまり いつから： \_\_\_\_\_
- ・味覚障害 いつから： \_\_\_\_\_
- ・嗅覚障害 いつから： \_\_\_\_\_
- ・倦怠感 いつから： \_\_\_\_\_
- ・関節痛 いつから： \_\_\_\_\_
- ・腹痛 いつから： \_\_\_\_\_ どのような：ズキズキ・きりきり・(他 \_\_\_\_\_)
- ・下痢 いつから： \_\_\_\_\_ 回数： \_\_\_\_\_回
- ・嘔吐 いつから： \_\_\_\_\_ 回数： \_\_\_\_\_回
- ・嘔気 いつから： \_\_\_\_\_
- ・めまい いつから： \_\_\_\_\_ どのような：目が回る・ふらふら・立てない(他 \_\_\_\_\_)
- ・その他 いつから： \_\_\_\_\_ どのような： \_\_\_\_\_

◆あてはまるものに○をしてください

- ・水分補給 できている / できていない
- ・食欲 あり / なし
- ・服薬中の薬 なし / あり→(服薬中の薬名： \_\_\_\_\_)
- ・薬手帳あり なし/あり/忘れた
- ・他院受診歴 なし / あり→病院名( \_\_\_\_\_)、診断内容( \_\_\_\_\_)
- ・コロナワクチン接種 未接種 / 接種済 ( \_\_\_\_\_月頃 \_\_\_\_\_回目)
- ・インフルエンザワクチン接種 未接種 / 接種済 ( \_\_\_\_\_月頃)
- ・周囲に同症状の方 いない / いる ※その方の病名→コロナ・インフルエンザ・ノロウイルス・不明  
その他( \_\_\_\_\_)
- ・発症前に以下のような場所に行かれましたか？または行かれた方と接触されましたか？  
海外 / クラスタ発生場所 / 大勢の人が集まる場所 (いつ? \_\_\_\_\_ どこ? \_\_\_\_\_)

◆希望する検査、処置に○をして下さい

- ・PCR検査
- ・点滴
- ・レントゲン
- ・その他( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ ご記入ありがとうございました。