

## 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

体温 \_\_\_\_\_ °C

①症状に○をつけてください。

咳 鼻水 のどの痛み くしゃみ たんが出る 寒気

頭痛 発熱 下痢 吐き気 嘔吐

その他 ( )

②いつからですか？

③発熱の方→いつからですか？また発熱のあった時間を教えてください。

④下痢・嘔吐の方→回数や性状はどうですか？

回数 ( ) 回くらい

性状 ( )

⑤食事、水分はとれていますか？

食事→ とれる とれない

水分→ とれる とれない

⑥家族や職場で同じような症状の方はいますか？

いる いない

⑦周りにインフルエンザの人はいますか？

いる いない

※別の場所で待機していただく場合があります。