インフルエンザ問診票

記載日　　平成　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

① 当てはまる症状を〇で囲んでください

発熱　　のどの痛み　　食事がとれない　　体がだるい　　倦怠感　　寒気　　関節痛
頭痛　　気持ちが悪い　　おう吐する　　鼻が出る　　咳がでる
その他の症状（　　）

② 症状が出てきたのはいつからですか？

（　　）時間前から　　昨日から　　（　　）日前から

③ 現在、熱は何度ですか？（　　）℃

熱は出ていません　　熱が出ていましたが、今は下がっています
平熱は（　　）℃です

④ まわりにインフルエンザの人はいますか？

います　　いません　　わかりません

⑤ 今シーズンはインフルエンザワクチンを受けていますか？

はい　　受けていません

⑥ 今までに、インフルエンザにかかったことはありますか？

はい　　ありません　　わかりません

⑦ 今までに、インフルエンザにかかった時に受けた治療で、問題が起きたことはありますか？

ありません
あります　→　具体的に教えてください（　　）
会わなかったお薬　→　アマンタジン　　タミフル　　リレンザ　　イナビル　　ラピアクタ　　麻黄湯
その他（　　）

⑧ すでに他の医院でインフルエンザの検査を受けていますか？

いいえ　　はい　→　（　　）日前に受けました　→　その結果は（　陽性　　陰性　）でした

⑨ すでに他の医院でインフルエンザの治療を受けていますか？

いいえ　　はい　→　（　　）を飲んでいます

いとう耳鼻咽喉科