

ID		生年 月日	大・昭 平・令 西暦	年 月 日 () 歳		
お名前						

受診時体温	受診時脈拍	ピーク時体温
°C	回/分	°C
発症日時		
月 日の 時ごろから		

※発症時から現在までに自覚された症状について「あり」とご記入ください

頭痛	せき	のどの痛み
あり なし	あり なし	あり なし
鼻水や鼻づまり	消化器症状※	関節痛
あり なし	あり なし	あり なし
筋肉痛	体のだるさ	食欲不振
あり なし	あり なし	あり なし
寒気	発汗	※「消化器症状」とは嘔気 や嘔吐、腹痛、下痢など を指します
あり なし	あり なし	

解熱剤服用	発熱患者またはインフルエンザ患者 との接触(3日以内)
あり なし	あり なし
予防接種(インフルエンザ)	接種時期(1回目)
あり なし	月 上旬 中旬 下旬 不明

以下、当クリニック使用欄		
扁桃の発赤	扁桃の白苔	扁桃炎
あり なし	あり なし	あり なし