

令和 年 月 日

感 染 症 問 診 票

患者氏名

【該当する項目に○をつけて、ご提出ください。】

1. 37.5℃以上の発熱がある。
2. せき・くしゃみ・鼻水・痰が出るなどの呼吸器の症状がある。
3. 味がわからない、においがわからない等の症状がある。
4. 下痢・腹痛・吐き気・吐くなどの消化器症状がある。
5. 発疹などの皮膚症状がある。
6. 過去7日以内に、海外渡航もしくは流行地域※に滞在(居住を含む)したことがある。
(渡航先 :)
※まん延防止等重点措置・緊急事態宣言が適用されている地域など。
7. 原因がわからないが、数カ月咳が続いている。もしくは、検診で結核の疑いがあると言われた。
8. 眼が充血しており、目やにが出る。
9. 耳の下が腫れて痛む。
10. 上記症状に該当しない。

信州大学医学部附属病院

20220819