

# 発熱外来

令和 年 月 日

お名前

今シーズン、インフルエンザ<sup>®</sup>の予防接種を受けましたか？ いいえ ・ はい( 月頃)

熱の出始め 日 時 °C 最高 日 時 °C 現在 °C

いつからですか 日 時頃 そのときの主な症状( )

症状: 咳: ない ・ 出る

痰: ない ・ 出る

鼻汁: ない ・ 出る

鼻づまり: ない ・ ある

のどの痛み: ない ・ ある

新型コロナの相談、感染の可能性:

ない ・ 不明 ・ ある(いつ・どこ )

味覚異常 : ない・ある

嗅覚異常 : ない・ある 目ヤニ: ない・ある

勤務地( )・通勤手段( )

職種( )

その他の症状: 関節痛 ・ 腰痛 ・ 筋肉痛 ・ 頭痛 ・ 寒気 ・ 熱感 ・ 汗

腹痛 ・ 吐き気 ・ 嘔吐( 回位) ・ 下痢( 回位)

合わない薬:

現在飲んでいる薬: