

【お名前： _____】【記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日】【現在の体温： _____ ℃】

4. 当てはまる症状に、記入または○をつけてください。

発熱	_____ 月 _____ 日から発熱 最高で _____ 日に _____ ℃まで上昇 解熱剤を最後に使用したのは _____ 日 _____ 時		
鼻水	少し / 多い / 鼻づまり		
	無色透明 / 白色 / 黄色 / 緑色		
	サラサラしている / ドロドロしている		
のどの痛み	すこし痛い / とても痛い / 痛みで唾が飲み込みにくい		
せき咳	少し / 一日中 / 夜間も眠れない		
	咳をすると胸が痛い / 2週間以上続く		
たん痰	少し / 多い / 絡んで出てこない		
	白色 / 黄色 / 緑色 / 血が混じる		
頭痛	少し / 重い感じ / しめつける感じ / 割れるくらいの激痛		
吐き気	少し / 食べられない / 水分も吐いてしまう		
吐いた回数	2日前	昨日	今日
	回	回	回
下痢	軟らかい便 / 水のような便 / 血便 / 黒っぽい便		
	2日前	昨日	今日
	回	回	回
腹痛	少し / 強い痛み		
	みぞおち / 右下腹部 / その他 ()		
排尿	痛みがある / 出にくい / 頻尿 / 血尿 / 残尿感がある いつから _____ (日前 / ヶ月前 / 年前)		
	周りに同様の症状の人が <u>いる</u> / <u>いない</u>		