

以前 当院で のどの写真のインフルエンザ検査をしたことがありますか？

あり

なし

ピーク時体温

℃

回/分

℃

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、どちらかに ○ を付けてください

頭痛

あり

なし

せき

あり

なし

のどの痛み

あり

なし

鼻水や鼻づまり

あり

なし

消化器症状※

あり

なし

関節痛

あり

なし

筋肉痛

あり

なし

体のだるさ

あり

なし

食欲不振

あり

なし

寒気

あり

なし

発汗

あり

なし

※「消化器症状」とは嘔気  
や嘔吐、腹痛、下痢など  
を指します

解熱剤服用

あり

なし

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

予防接種(インフルエンザ)

あり

なし

インフルエンザ接種時期(1回目)

月

上旬

中旬

下旬

不明

7日以内の新型コロナ患者との接触

あり

なし