

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

°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、どちらかに ○ を付けてください

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

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)

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
--	---	----	----	----	----

7日以内の新型コロナ患者との接触

ありなし