

新型インフルエンザ問診票

| | |
|--------------|---|
| 日時 | 平成 年 月 日 時間 (:) |
| 受講者情報 | 氏名 (様) 性別 (男 女) 生年月日 (T・S・H 年 月 日) 年齢 () 住所 (市) 連絡先電話番号 () 所属する大学名 () |
| 症状 | 発熱 (°C) ⇒いつから(月 日) 咳 (有 無) 鼻汁 (有 無) 鼻閉 (有 無) 咽頭痛 (有 無) 関節痛(有 無) 筋肉痛 (有 無) 吐き気 (有 無) 下痢 (有 無) 食欲不振 (有 無) その他 () |
| 旅行歴・接触歴 | <input type="checkbox"/> <u>1週間以内に海外旅行に行った</u> 出発 平成 年 月 日～帰国 平成 年 月 日 国名 () <input type="checkbox"/> <u>1週間以内に県外に旅行した。</u> (出発 平成 年 月 日～帰国 平成 年 月 日) 旅行先 () <input type="checkbox"/> <u>新型インフルエンザ患者または疑い患者と接触した</u> ○近親者() ○友人() ○その他() 患者の現在の状況 ○ 自宅待機中 ○入院中 病院名() <u>接触の状況</u> ○ 同居している。 ○ 同じ部屋に一緒にいた。 ○ 1m 以内で接触した。 ○ その他 () <input type="checkbox"/> 接触歴不明 |
| 備考 | |
| 署名 (本人自筆) | |