

問診票

1. 現在、あなたに次の自覚症状はありませんか。

- | | | | |
|-----------------------------|----|---|-----|
| ・発熱（いつもより体温が高い）はありませんか。 | ある | ・ | ない |
| ・咳（せき）がよくでていませんか。 | でる | ・ | でない |
| ・痰（たん）がよくでていませんか。 | でる | ・ | でない |
| ・鼻水がでていませんか。 | でる | ・ | でない |
| ・吐き気はありませんか。 | ある | ・ | ない |
| ・悪寒（寒気を感じる）はありませんか。 | ある | ・ | ない |
| ・倦怠感（だるさを感じる）はありませんか。 | ある | ・ | ない |
| ・風邪が原因と思われる筋肉痛や関節痛 | ある | ・ | ない |
| ・下痢の症状 | ある | ・ | ない |
| ・その他、風邪を引いたと思うような症状はありませんか。 | ある | ・ | ない |

2. 現在、あなたの家族で上記の症状がある人がいませんか。 いる ・ いない

3. 現在、新型・旧来型タイプを問わずインフルエンザについて申告することはありませんか。あれば、具体的に申告してください。

感染した可能性がある方で発熱や咳の症状があるかたは、かかりつけの医療機関で受診し、担当医師の指示に従ってください。かかりつけの医療機関がない場合は、一般医療機関で受診してください。