

問 診 票

フリガナ	ご年齢
お名前	才

E-103

該当する項目に○をしてください

- 1 体調不良 いつ頃からですか _____ 頃から
- ア 発熱 (_____ 度)
 - イ お腹の症状 (腹痛 吐き気 下痢 便秘)
 - ウ 呼吸の症状 (セキ 息苦しい)
 - エ ノドの症状 (ノドの痛み たんが出る _____ 色)
 - オ 鼻水 鼻づまり カ めまい
 - キ 動悸 ク だるい
 - ケ 痛み (頭痛 関節痛 筋肉痛 目の痛み 排尿時の痛み)
 - コ 皮膚の異常 (発疹 かゆみ 痛み)
 - サ 色の異常 (尿 便 皮膚 目) (_____ 色)
 - シ その他の症状 (_____)
- 2 周囲に同じ症状の人がいる (いる いない)
- 3 6ヶ月以内に外国へ行った (はい いいえ)
- ※ はい の方は下記へ

6ヶ月以内に外国へ行った方へ ご記入をお願いします

滞在国 (_____) 滞在都市 (_____)
 経由国 (_____)
 出国日 _____月_____日 帰国日 _____月_____日

滞在中の行動について 該当する項目に○をしてください

- ア 生水を飲んだ
- イ 生ものを食べた (肉 魚 生野菜 フルーツ)
- ウ 変わったものや痛んだものを食べた
- エ 川などの淡水の入水
- オ 虫さされ (蚊 ダニ その他)
- カ 動物との接触
- キ 病人との接触
- ク 現地で治療を受けた
- ケ 現地で性交渉を行った
- コ その他変わったことはありましたか？