

【様式3】

問 診 票

受付番号		避難所名			
記入日時	令和 年 月 日 時 分	体 温	度		
氏 名		年 齢		性別	
連 絡 先		車両ナンバー			

あてはまる数字に○をつけてください。

<症状>

- 1 熱がある（ 日 前から 度程度）
- 2 風邪のような症状などがある
（該当するものに○：咳、鼻水、頭痛、のどの痛み、その他_____）
- 3 息苦しさがあ
- 4 強いだるさがある
- 5 インフルエンザのような症状（寒気、関節痛・筋肉痛など）がある
- 6 においがわかりにくい、味がわからない
- 7 咳があり、血がまざった痰がでる
- 8 からだにぶつぶつ（発疹）が出ていて、痛みがある
- 9 唇や口の周りにぶつぶつ（発疹）が出ていて、痛みがある
- 10 下痢便（水のような便、柔らかい便、形のない便、噴出するような便等）が出た
- 11 吐いた、または吐き気がする
- 12 おなかが痛く、便に血がまざっている
- 13 目が赤く、目やにが出ている
- 14 その他（_____）
- 15 該当なし

<現状>

- 1 通院している（通院理由：_____）
- 2 日常的に薬を服用（薬名：_____）※お薬手帳がある場合、ご提示ください。
- 3 妊娠している（妊娠第_____週、出産予定日：___月___日）
※母子手帳がある場合、ご提示ください。
- 4 食物アレルギーがある（アレルギーの原材料(アレルゲン)：_____）
4-1 エピペンを持っている
- 5 該当なし

<備考>

※必要に応じ別紙（任意様式）に記入