

## 【様式1】

## インフルエンザに関する問合せ記録票

		報告日：平成 年 月 日	
所 属 (学部・学科)		問合せ日	平成 年 月 日
学籍番号		性 別	男 ・ 女
氏 名		電話番号	携帯電話 - -
住 所			自宅等 ( ) -
所属サークル名	・所属なし		
インフルエンザ症状	・発熱 あり (いつから 月 日; 度) ・なし (現在は 月 日; 度) ・頭痛 ・関節痛 ・咽頭通 ・筋肉痛 ・鼻汁 ・咳 ・くしゃみ ・痰 ・全身倦怠感 ・その他の症状 ( )		
基礎疾患の有無 (質問は強制ではない)	・慢性呼吸器疾患 ・慢性心疾患 ・糖尿病等の代謝性疾患 ・腎機能障害 ・ステロイド内服など免疫機能不全 ・なし		
受診医療機関名			
インフルエンザ検査結果	・インフルエンザA型 ・かぜ ・インフルエンザB型 ・その他( ) ・インフルエンザの疑い		
治療内容(処方薬)	・ゾフルーザ ・タミフル ・リレンザ ・イナビル ・解熱薬 ・その他( )		
受診医の指示内容			
家族・サークル等で同じ症状の有無	・あり 家族( )サークル( ) ・なし		
渡航歴 (1ヶ月以内)	・あり 国名 ( 月 日 ~ 月 日)		
備 考			