

# 発熱、かぜ症状の方の問診票

ID: \_\_\_\_\_ 2022年 月 日 時 分

ふりがな 氏名		生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所	〒 _____ <small>※マンション名、建物名、部屋番号までご記入ください</small>		
本日、PCR検査を実施した場合、上記住所へ検査結果用紙の送付を希望されますか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> ※別途郵送手数料 100円 ※1週間程度かかります			
連絡先電話番号 1	続柄 ( )	職 業	
連絡先電話番号 2	続柄 ( )		
直近の体温	°C	身長	cm
		体重	Kg

※連絡先電話番号は日中に連絡がとれる電話番号を記載してください。検査結果等について連絡いたします。

● 新型コロナワクチンは接種しましたか <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> 1回目( )月 ファイザー・モデルナ 2回目( )月 ファイザー・モデルナ 3回目( )月 ファイザー・モデルナ
● 過去14日以内に、海外渡航歴や旅行歴がある <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>
● 過去14日以内に、感染リスクの高い場所を訪れたり機会があった <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> ( )月( )日 訪れた場所や機会 ( ) 例) カラオケ、会食
● 過去14日以内に以下に該当する人と接触した場合は✓してください <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染者 <input type="checkbox"/> 濃厚接触者 <input type="checkbox"/> 発熱やその他症状のある方 ( )月( )日から( )月( )日 誰と ( )
● 同居人または職場(同部署)に自宅隔離を要請されている人がいる <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>
● 今回の症状で他院等にてPCR検査をした <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> 検査日( )月( )日 どこで( ) 結果▶ <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 陰性
● 発熱症状がある <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> ( )月( )日から( )月( )日 ( )°C
● その他の症状がある場合は✓してください <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚障害 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> だるさ <input type="checkbox"/> 下痢症状 <input type="checkbox"/> 嘔気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 息苦しい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> その他 ※具体的に ( ) ( )月( )日から( )月( )日
● 今回の症状で他院を受診した <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> ( )月( )日 薬の処方内容 ( )
● 今回の症状で市販薬を服用している <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>
● 定期的に服用している薬がある <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> 薬名 ( )
● 薬のアレルギーがある <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> 薬名 ( )
● 既往歴がある <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> 病名 ( )
● 喫煙習慣がある <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>
● 本日処方される薬について ・接触を防ぐため近隣の薬局の利用でよいですか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> ・当問診票の情報を薬局と共有してよいですか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span> ・薬局の薬剤師から薬等の確認があります。携帯電話に連絡してもよろしいですか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>
● お薬手帳をお持ちですか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>
● ジェネリック医薬品を希望されますか？ <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ</span>