

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 歳
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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※別途郵送手数料 100円 ※1週間程度かかります			
携帯電話番号(本人)		職 業	
その他電話番号(家族等)	続柄()		
自宅または直近の体温	°C	身長	cm
		体重	Kg

※携帯電話番号は日中に連絡がとれる番号を記載してください。検査結果等について電話やSMSにてメッセージが届きます。

● 新型コロナワクチンは接種しましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・接種回数()回 ・直近の新型コロナワクチン接種年月日(年 月 日) ・直近の新型コロナワクチンの種類 (ファイザー・モデルナ・その他 [])
● 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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()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()
● 今回の症状で他院等にて検査をした <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・検査方法(PCR検査・抗原検査) ・検体採取方法(だ液・鼻腔鼻咽頭ぬぐい液) ・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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ()月()日 薬の処方内容()
● 今回の症状で市販薬を服用している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 定期的に服用している薬がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬名()
● 薬のアレルギーがある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 薬名()
● 既往歴がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 病名()
● 喫煙習慣がある <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 妊娠している <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● 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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・当問診票の情報を薬局と共有してよいですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・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？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● お薬手帳をお持ちですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
● ジェネリック医薬品を希望されますか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ