■当院記入欄　　部屋No.［　　］

ID:　［　　］	抗原検査	PCR検査
体温　［　　℃　］ SpO2［　　%　］	コロナ［　＋　・　－　］ インフルエンザ［　A　・　B　・　－　］	［　有　・　無　］

発熱、かぜ症状の方の問診票

太枠内にご記入ご回答ください

202　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	〒 ※マンション名、建物名、部屋番号までご記入ください		
携帯電話番号（本人）			
その他電話番号（家族等）	続柄（　　）		
身長	cm	体　重	Kg

●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
□新型コロナウイルス感染者　　□発熱やその他症状のある方
(　　)月(　　)日から(　　)月(　　)日　誰と（　　）

●発熱症状がある
(　　)月(　　)日から(　　)月(　　)日　(　　)℃　　□はい　□いいえ

●その他の症状がある場合は✓してください
□味覚・嗅覚障害　□咳　□だるさ　□下痢症状　□嘔気・嘔吐　□鼻水　□息苦しい　□頭痛
□のどの痛み　□関節痛　□その他 ※具体的に（　　）
(　　)月(　　)日から(　　)月(　　)日

●今回の症状で市販薬を服用している　　□はい　□いいえ

●薬のアレルギーがある　　□はい　□いいえ
薬名（　　）

●既往歴がある　　□はい　□いいえ
病名（　　）

●喫煙習慣がある　　□はい　□いいえ

●妊娠している　　□はい　□いいえ

●本日の薬を受け取る薬局のご指定はありますか？　　□はい　□いいえ
はいの方は、薬局名をご記入ください（　　）
いいえの方は、近隣の薬局をご案内いたします。

●おくすり手帳をお持ちですか？　　□はい　□いいえ

●ジェネリック医薬品を希望されますか？　　□はい　□いいえ