

問診票

(ID:) 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		職種	
生年月日	年 月 日	年齢	才
住所	〒 -		
携帯番号:	車の色:	車ナンバー:	
利用する薬局	とくら薬局 ・ その他の薬局()		

1. 本日の受診は、定期受診も兼ねていますか？

いいえ・はい

小学生以下の方は体重を記入してください
(.)

2. タバコは吸いますか

いいえ ・ はい (現在も吸っている ・ 過去に吸っていた)

3. コロナワクチンは接種しましたか？何回接種しましたか？

いいえ ・ はい ()回

4. コロナ感染症(濃厚接触者を含む)の方と接触したことはありますか？それはいつ・誰とですか？

いいえ ・ はい()

5. 症状に を付けて下さい。

・熱がある

熱は、いつ(時間)出ましたか？ (

熱は最高何度でしたか？(

・強いだるさ(倦怠感)

・息切れがする／息苦しさがある

・下痢

・喉が痛い

・鼻水／鼻詰まり

・咳

・関節が痛い

・胸痛

・腹痛

・食欲がない

・その他の症状(

・味覚・臭覚に異常
・頭痛
・吐き気
・悪性腫瘍／がん

6. 今までにかかった、または現在治療中の病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 狭心症／心筋梗塞 ・ 脳卒中 ・ 呼吸器疾患

慢性腎臓病 ・ 脂質異常症 その他() あり ・ ない

→治療されていますか？

している ・ していない

現在、飲んでいるお薬や市販薬、サプリメントなどがありますか？

お薬手帳・薬剤情報提供書などをお持ちの方は、お見せください。 あり ・ ない

()

7. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？

はい ・ いいえ

どのようなものですか？ (

8. (女性の方のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？