

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

来院時
体温

℃

2. 過去1か月以内に、感染リスクのある場所に行きましたか？(海外・県外・ジム・カラオケ・会食など)

いいえ ・ はい ()

3. 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)

4. コロナワクチンは接種しましたか？それはいつですか？

いいえ ・ はい (1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日 ファイザー・モデルナ・ノババックス

3回目: 年 月 日 ファイザー・モデルナ・ノババックス 4回目: 年 月 日 ファイザー・モデルナ)

5. 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？それはいつですか？

いいえ ・ はい ()

6. 症状に ○ を付けて下さい。

・熱がある

熱は、いつ出ましたか？

今日()時頃 ・ 昨日 ・ それより前 ()

小学生以下の方は体重を記入してください

(.)kg

・強いだるさ(倦怠感)

・息切れがする／息苦しさがある

・味覚・臭覚に異常

・喉が痛い

・鼻水／鼻詰まり

・咳

・痰

・頭痛

・関節が痛い

・胸痛

・腹痛

・下痢

・吐き気

・食欲がない

・その他の症状()

7. 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 ・ 悪性腫瘍／がん

慢性腎臓病 ・ 脂質異常症 その他()

→治療されていますか？

している ・ していない

8. 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？

ある ・ ない

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。

()

9. お薬や食物などでアレルギーが出たことはありますか？

ある ・ ない

どのようなものですか？ ()

10. (女性の方のみ)現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

はい ・ いいえ