

発熱外来問診票

【スタッフ記入欄】 受診日 R 年 月 日

来院時体温： ℃ SpO₂： %

ID：

フリガナ 氏名	性別	男 ・ 女	身長・体重	cm kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日 歳
住所	〒 市区町村			
今お持ちの 携帯番号	-	-	その他 連絡先	-
ご希望の薬局名 <small>※ご希望がなければ隣のみらくる薬局から処方となります。患者様の希望薬局からの受け渡しについてはご自身で確認をお願いいたします</small>		薬局電話番号： - -		

●該当する症状に○をしてください。またその症状がいつからいつまでありますか？

発熱	なし・あり [いつから / ~ 現在 / まで]		最高体温	℃ (/)	
症 状	いつから	いつまで	症 状	いつから	いつまで
せき ・ たん	/	現在 ・ /	鼻水	/	現在 ・ /
のどの痛み	/	現在 ・ /	頭痛	/	現在 ・ /
倦怠感	/	現在 ・ /	関節痛	/	現在 ・ /
嗅覚障害	/	現在 ・ /	味覚障害	/	現在 ・ /
腹痛	/	現在 ・ /	下痢・軟便	/	現在 ・ /
吐き気	/	現在 ・ /	嘔吐	/	現在 ・ /
その他					

●2週間以内に以下に該当する方は○をしてください。

* コロナ陽性者との接触 なし・あり

●煙草は吸いますか？

いいえ ・ はい→1日 () 本 喫煙期間 () 年間

●現在、治療中の病気はありますか？ はい ・ いいえ ・ 当院で治療中

病名または症状 ()

●現在、内服中の薬はありますか？ はい ・ いいえ

* お薬手帳のある方は、画像をメールしてください。手帳がない方は下記に記入ください。

薬の名前 ()

●アレルギーはありますか？

①薬のアレルギー はい ・ いいえ はいの方→ ()

②その他 ()

女性の方にお聞きします。

●妊娠中または妊娠の可能性ありますか？ はい ・ いいえ

●現在、授乳中ですか？ はい ・ いいえ

●コロナワクチンを接種していますか？

はい (1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 4回 ・ 5回) ・ いいえ

はいの方 → 最終接種日：不明 ・ 年 月 日 ファイザー ・ モデルナ ・ その他 ()

ご記入ありがとうございました。近くのスタッフにお渡してください。