

ID:

車内待機

発熱などの問診票

令和5年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和		
氏名				年	月	日
保護者名 (15歳以下)		携帯 <input type="checkbox"/>	- - ※診察は、こちらに、おかけしますので、お間違いのないようにお願いします。			
住所	〒					
車種・色	※ 処方せんは、近岡アルプ薬局に、FAXいたします。感染予防につき、ドライブスルーによる薬のお渡しとなります。車情報など問診票の内容を上記薬局と共有いたします。ご了承ください。					
ナンバー						

① あてはまる項目はありますか？

- 37.5℃以上の発熱から半日(12時間)以上経っている
 発熱ないが、風邪症状が5日以上続いている
 薬局などの抗原検査キットで陽性となった⇒検査日時__月__日の(午前・午後) __時

② どのような症状がいつからありますか？

- 発熱(37.5℃以上) (月 日 ~)
 せき (月 日 ~)
 たん (月 日 ~)
 鼻みず (月 日 ~)
 のどの痛み (月 日 ~)
 その他 ()

現在の体温 _____℃

解熱剤使用しましたか?⇒ (はい・いいえ)

③ 現在、治療中の病気や、これまで病気をされたことは、ありますか?⇒ はい いいえ
「はい」の方は、下記にあてはまる疾患があれば○を、その他の場合は記入をお願いします。

高血圧 糖尿病 脂質異常症 肥満(BMI≥30) 脳血管疾患 心血管疾患 悪性腫瘍
慢性腎臓病 慢性呼吸器疾患(COPD) 免疫抑制(臓器移植・免疫抑制剤・抗がん剤)
その他 ()

④ 女性におたずねします。下記にあてはまる項目があればチェックや○をお願いします。

- 妊娠している (前期・中期・後期)
 妊娠している可能性あり
 授乳している

⑤ 薬や食べ物のアレルギーはありますか? 「はい」の方は()に記入をお願いします。

- はい 薬・食品名:
 いいえ

⑥ ご希望はありますか？

- コロナ検査希望(保険診療3割負担¥1,330)
 インフルエンザ検査希望(保険診療3割負担¥915)
 解熱剤・咳止めなどのお薬希望

体重(15歳以下) _____kg

⇒①お薬の形態など希望はありますか? (特になし・粉薬・錠剤)

⇒②漢方薬は、のめますか? (のめる・のめない)

⑦ 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか? はい いいえ (未接種)

- 1回目 2回目 3回目 4回目 5回目

⑧ ご職業など具体的に記入をお願いします。(例) ○○デイサービス 介護職 ○○小学校 ○年生

職業