かぜ症状のあるかたの問診票
（発熱者はコロナ、インフル検査を受けてください）

〒（　　-　　）住所（　　）
自宅電話番号（　　-　　-　　）
携帯電話番号（　　-　　-　　）

車ナンバー　4桁

ふりがな（　　）

名　前　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　（　　）歳　男　・女

□コロナ抗原検査（3割負担で2840円～4160円、高校3年生相当年齢まで無料）
□自宅コロナ抗原陽性だったため薬が欲しい
□インフルエンザ抗原検査（今まで通りの保険診療）
□下記チェックした症状があるがコロナ・インフル抗原検査は希望しないので薬が欲しい
□隔離室での診察（注意点は下記です）

現在発熱者では陽性者が出ています（コロナ＜＜インフルエンザＡの傾向です）。**発熱者はコロナ、インフルエンザ検査をお願いします。検査を行わない場合は医師の判断でこちらの問診票をもとに携帯にお電話してお薬をお出しする場合があります。**自宅コロナ、インフル陰性もお薬のみの投与となる場合があります（クリニック検査は右図①です）

体温＿＿＿＿＿＿℃
症状：□発熱（　　日目）□悪寒 □倦怠感（強 中 弱）□息切れ□のど痛 □頭痛
□咳 □タン □鼻汁□くしゃみ □筋肉痛 □関節痛 □味覚低下 □嗅覚（におい）低下
□腹痛　□嘔気 □嘔吐 □下痢　□症状はないがコロナ抗原検査を受けたい
□コロナ陽性の人と接触があった　□インフルエンザ陽性の人と接触があった
・その他の症状や過去の病気や現在治療中の病気　内服薬など教えてください。

（　　）

問診票の記入はここまでです。ありがとうございました

もみのき薬局　薬局長　　殿
薬局への連絡事項（クリニック記入欄ですので患者さんは記入しないでください　）

□お薬をクリニックまでお願いします　インフル　Ａ　Ｂ　－　未　　コロナ　＋　－　　未
□お薬をクルマ投薬でお願いします

あきば内科循環器科クリニック