かぜ症状のあるかたの問診票

（車の左右の窓を全開にしてお待ちください。雨の日は閉めてお待ちください）

〒（　　）住所（　　）

自宅または携帯電話番号（　　）

車ナンバー　4桁 [　　]

ふりがな（　　）

名　前 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　才

体温＿＿＿＿＿℃

症状：□発熱（　　日目）□倦怠感（強 中 弱）　□息切れ
□のどがいたい □頭痛　□咳　□タン □鼻汁 □さむけ
□筋肉痛　□関節痛　□味覚低下 □嗅覚（におい）低下
□腹痛　□嘔吐　□下痢　□インフルエンザ検査希望
□新型コロナウイルス検査希望　当院では□抗原検査（鼻腔検査 保険外約5100円～5500円）□抗体検査（指先の血液検査 保険外5500円）

<u>インフルエンザまたはコロナ検査希望の方</u>は携帯番号を記入してください。検査の必要性や検査の実際のやり方についてクリニックから電話をかける場合があります。すでに上記に携帯番号を記入した方は記入不要です。

（　　-　　-　　）

過去にかかった病気、現在治療中の病気、薬のアレルギーなどあればお書きください（　　）
（　　）

もみのき薬局　薬局長　　殿

ただいまから処方箋が流れます上記患者様は

<u>車投薬</u>でお願いします。

□連絡事項（クリニック記入欄です）

[　　]

あきば内科循環器科クリニック