かぜ症状のあるかたの問診票

〒（　　-　　）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（5100円～5500円、中学生まで4730円）

□自宅コロナ抗原陽性だったため（ □薬がほしい　□届け出をしてほしい ）

⇩

①65歳以上の方②入院を要する方③重症化リスクがあり、かつ、新型コロナ治療薬または酸素投与が必要な方④妊娠中の方

□インフルエンザ抗原検査

□隔離室での診察（注意点は下記です）

⇩

発熱　頭痛　全身倦怠感　のどの痛み　咳　タン　鼻汁の１つでもある方のクリニックでのコロナ・インフル抗原検査陰性の確認なしでの診察はできません。電話での薬投与となります。自宅コロナキット陰性も同様に電話での薬投与になります。

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
□上記チェックした症状がありコロナ・インフル抗原検査は希望しないので薬が欲しい
・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。

（　　）

ありがとうございました

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車投薬でお願いします。
□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

あきば内科循環器科クリニック