

記入日 年 月 日

問診票別紙

- ご自身は濃厚接触者に該当しますか。（該当者→陽性者は同居/別居、該当しない）
- 自宅や他施設で検査をしましたか。施行日 月 日（陽性 / 陰性・していない）
- 本日は、お薬の処方を希望しますか。（希望 ・ 不要）
- 新型コロナウイルスに罹患したことがある方は、時期をご記入下さい。
（ R 年 月 頃） / 罹患歴はない
- 本日用う感染症検査のご希望をお伺いします。（1.新型コロナ抗原迅速検査、2.インフルエンザ抗原迅速検査 3.新型コロナ PCR 検査、いずれの検査も希望しない） ※抗原迅速検査は、判定まで10分です。PCRは、翌日の夜に結果が届くため、お知らせは翌日~3日程度です。

（フリガナ） （ 男性・女性 ）

● 氏名 身長 cm 体重 kg

● 生年月日(西暦) 年 月 日 歳

● 現住所 (〒 -)

● 携帯電話番号 (-) ← 必ず記入 ↑

● mail address (@)

● 発症日と初発症状に○、現在も辛い症状に△をつけてください。
 月 日から、
 咽頭痛・頭痛・発熱（最高 °C）・だるさ・咳・痰・鼻水・鼻づまり

● 既往歴 高血圧・糖尿病・重症気管支喘息・心不全・不整脈（その他 ）

現在内服中のお薬：

※検査の結果陽性となった場合、重症化リスクの高い方のみ当院から保健所へ報告致します。

● 新型コロナワクチン接種回数 回（ワクチン未接種の方は 0 と記入）/最終接種ワクチンメーカー(ファイザー/モデルナ/その他) 接種日 年 月 日

----- 以下医療機関が記入 -----

● Covid19 (+ / -) ・ Flu + Covid19 (+ / -)

● Flu (+ / -) ・ PCR(鼻咽頭 / 唾液)

● ご自宅又は他施設で検査した結果を写真 / メールで確認済

カロナール mg T 分 日

ロキソニン T・ムコスタ T 分 日 / 頓用

メジコン__アスベリン 10,20mg

ムコソルバン

シングレア 1T 分1 5日/7日

SP トローチ 10 / 20 T

アズノール 5ml,10ml/イソジン G 30ml 本

・先発品指定あり ・処方なし

子供処方 kg ムダイン・ムコソルバン・オノン 粉/シロップ

キプレス 1T 就寝前 日 アンピパ /アルピニ坐剤 mg 個 頓用

カロナール 粉/シロップ mg・ml 分 3,5日/頓用