

# 新型コロナウイルス感染症等に関する問診票

2021年1月19日版

記入日	令和 年 月 日
氏名	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
携帯電話	— — ※必ず連絡が取れる番号をご記入ください。

来院の理由 ※理由を一つ選んでください	・保健所からの紹介で来院した。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・保健所からの紹介ではないが、発熱等の症状がある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	・発熱等の症状はないが、PCR検査を希望する。（復職、復学、旅行等用） <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

既往歴	【現在治療中の病気など】
	【過去に受けた手術】

自家用車等で来院	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	※はいの場合 車種： 色： No. — ※車でお待ちいただく際に必要となります。
----------	--	---

ご利用予定の薬局	<input type="checkbox"/> けやき薬局新狭山店 ※記入頂いた携帯電話へ、けやき薬局より受け渡し方法等のご連絡をさせていただきます。
	<input type="checkbox"/> その他の薬局 ※薬局を訪問する前に、必ず電話にて受け渡し方法をご確認ください

以下の症状についてお答えください

	症状	有無		いつごろから
1	以下の項目で該当する症状等がある。 ※あるを選んだ方が2～9番について記入ください。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
2	息苦しさがある（呼吸苦、呼吸困難など）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
3	強いだるさがある（倦怠感）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
4	熱がある（℃）	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
5	味覚、嗅覚に障害がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
6	咳がでる	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
7	糖尿病、心不全、呼吸器疾患（COPD等）の基礎疾患がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
8	免疫抑制剤や抗がん剤等による治療を受けている	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	日前から
9	家族で発熱等の症状がある、濃厚接触者等がいる	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない	日前から