

No. \_\_\_\_\_

# コロナ遠隔問診票

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

ふりがな		生年月日	T・S・H	年	月	日
お名前	男・女	会社名				
現住所	〒	電話	(自宅)			
			(携帯)			
薬局	薬郵送・薬局に取りに行く(薬局名: _____ 薬局電話番号: _____)					
保険証	送付方法:					
支払方法	振込・後日持参(かかりつけのみ)・その他(_____)					
保健所	担当者					

## 1、本日はどうされましたか? \_\_\_\_\_

・症状 \_\_\_\_\_月\_\_\_\_日より、診断\_\_\_\_\_月\_\_\_\_日、SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_%  
・最も上がった体温 \_\_\_\_\_℃、現在の体温 \_\_\_\_\_℃、血圧 \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg、\_\_\_\_\_ bpm

なし → ひどい

鼻水 (0・1・2・3) 鼻づまり あり・なし  
のど痛 (0・1・2・3)  
咳 (0・1・2・3)  
痰 (0・1・2・3)  
吐き気 (0・1・2・3) 水分はとれる・とれない  
下痢 (0・1・2・3) 朝から今まで\_\_\_\_\_回排便 水様便・軟便・白色便  
腹痛 (0・1・2・3) 痛みに波がある・ずっと同じように痛む  
頭痛・肩痛・関節痛 (0・1・2・3)  
腰背部・排尿時痛 (0・1・2・3)  
息苦しい (0・1・2・3)  
発疹 (0・1・2・3)

・ほかに症状や、心当たり、何か心配なことがあればお伝えください。

## 2、今までの情報について教えてください。

・定期的に通院している病院はありますか? なし・あり \_\_\_\_\_  
・どのような病気で通院されていますか(現病歴)?

・内服中の薬はありますか? なし・あり \_\_\_\_\_

・これまでお薬などでのアレルギーはありますか? なし・あり \_\_\_\_\_

・ほかに過去に病気をされたことや手術をされたことがありますか(既往歴)?