**～病院・薬局共通問診票～**

　（　　　　　　　　　　　　）　男　・　女　生年月日　（Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　　年　　　月　　　日）

年齢（　　　　才）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （西暦　　　　　　 年）

電話番号（携帯）　　　　　　　　　　　（自宅）　　　　　　　　　　　（会社）

〒　　　　－　　　　　　住所

●今日はどうなさいましたか（詳しく書いて下さい。発熱があった場合は体温も記入）

（いつから／　　　　　　どのように／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●来院前に新型コロナウィルス相談窓口（コールセンター）に連絡をしましたか

いいえ　・　はい　　→濃厚接触者と言われましたか　　いいえ　・　はい

　　　　　　　　　　→検査対象者と言われましたか　　いいえ　・　はい

●職種（会社名もお願いします。アルバイト先なども全て記入して下さい）

（職種／　　　　　　　　　　　　　会社名・学校名／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

→接待を伴う飲食店か　　　いいえ　・　はい　　店名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●新型コロナワクチンを接種しましたか　　　　　　　いいえ　・　はい　（接種回数／　　　　回）

●コロナウィルス感染の機会に心当たりはありますか

（海外、県外に行った、身のまわりで陽性者の方がいる　など）

なし　・　あり（詳細／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●過去にかかった事のある病気および現在治療中の病気はありますか

なし　・　あり（病名／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●今まで定期健診で異常を指摘された事はありましたか

なし　・　あり（詳細／　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

●現在他の病院のお薬や薬局で買ったお薬を飲まれていますか　□はい　　□いいえ

「はい」の方、　処方薬（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

市販薬（　　　　　　　　　　　　）健康食品（　　　　　　　　　　　　）

●アレルギー体質ですか　□はい　　□いいえ

「はい」の方、原因は？　□花粉（　　　　　）□卵　□牛乳　□金属　□その他（　　　　　　　）

●今までお薬で具合が悪くなった事がありますか　□はい　　□いいえ

「はい」の方、いつ頃（　　　　　　　　　　）　何の薬で（　　　　　　　　　　　　）

どの様な症状で（　　　　　　　　　　　　　）

●嗜好品について（たばこやアルコールもお薬との飲み合わせがある場合があります）

たばこ　□吸う（　　　本／日）　□吸わない

アルコール　□毎日飲む（　　　　　　）□時々飲む程度　□まったく飲まない

●日常生活について

□車、バイクの運転をする　□食事が不規則　□高所作業あるいは危険な作業をする

※14歳以下の方　現在の体重は　　　　㎏

※女性の方へ　現在妊娠中または授乳中ですか　□いいえ　□はい（妊娠・生後　　　ヶ月）