

# 問診票

◎ 以下の全てに正確に記入ください。

フリガナ

氏名 生年月日 年 月 日

住所 携帯番号 - -

性別 男 ・ 女 希望通信媒体 電話 ・ FaceTime ・ Zoom

※ Zoomを利用する場合の mail address : @

希望薬局店舗名

薬局 TEL - - FAX - -

薬局 住所

※ 当該薬局が処方箋のFAX・郵送サービス対応が可能か、予め確認下さい。

---

症状・経過（いつから・どのような症状・体温など具体的に）

この間の使用薬（初診の方は常用薬も記載下さい）

現在治療中の病気・治療薬（簡単に）

三密滞在歴： 無 ・ 有 （詳細を下に）

勤務地・利用交通機関： 無 ・ 有 （詳細を下に）

COVID-19感染者濃厚接触歴： 無 ・ 有 （詳細を下に）

アレルギー・禁忌薬： 無 ・ 有

妊娠・授乳： 無 ・ 有

自家用車： 無 ・ 有 （ドライブスルー方式のPCR検査に必須です）

ご記入有難うございました。FAX或いはe-mailを御願い致します。