現在の体温 ℃	年齢: 歳 ヶ月	体重: kg	性別: 男・女

フリガナ	
患者氏名	
住所	
PCR検査実施時の結果報告等、病院から連絡をする際の連絡先をご記入下さい	
保護者氏名	
保護者連絡先	
待機場所	【車の場所】 □ 薬局側 □ 西側駐車場 □ 救急入口 車種: ナンバー: 色:
薬が処方された際の薬局	ことぶき薬局 ・ その他 [ ]

● 希望するお薬の種類はありますか 無 ・ 有 {シロップ・粉薬・錠剤}

薬剤服用歴・アレルギー等についてうかがいます。

● 下記の中でアレルギー反応(皮膚のかゆみや動悸等)をおこしたことがありますか

内服薬 無 ・ 有 [ ]

注射薬・麻酔薬・造影剤 無 ・ 有 [ ]

食品 無 ・ 有 [ ]

● 現在、かかっている医療機関はありますか 無 ・ 有

[医療機関名]

● 現在、内服している薬はありますか 無 ・ 有

[他院・他薬局でもらっている薬の名前]

● 現在、薬屋さん等で買っている薬や健康食品はありますか 無 ・ 有

[他院・他薬局でもらっている薬の名前]

受診日 ID

● 家族・友達・まわりで流行している病気はありますか 無 ・ 有 [流行している病気]

現在の症状についてうかがいます。□ にレを入れ、いつからどのような症状かご記入下さい

□ 発熱	月	日 ～	最高 ℃	
□ 鼻汁	月	日 ～	水っぱな ・ 黄色 ・青っぱな	
□ せき	月	日 ～	コンコン ・ ゲホゲホ ・ ケンケン	
□ 頭痛	月	日 ～		
□のどの痛み	月	日 ～		
□ たん	月	日 ～		
□ 呼吸音	月	日 ～	ゼーゼー ・ ヒューヒュー ・ ゼロゼロ	
□ 嘔吐	月	日 ～	1日 回)	
□ 下痢	月	日 ～	1日 回 軟便 ・ 水様便	
□ 腹痛	月	日 ～		
□ 発疹	月	日 ～		
□ けいれん	月	日 時頃	(過去歴: 有 ・ 無)	

その他、気になる症状がある

[ ]

現在の状態についてうかがいます。□ にレを入れてください

食事	□ 普段通り	□ 普段の( )割	□ とれず
水分	□ 普段通り	□ 普段の( )割	□ とれず
尿回数	□ 普段通り	□ 少ない	□ でない(最終 時)
睡眠	□ 普段通り	□ 時々起きる	□ 眠れず
きげん	□ 普段通り	□ やや悪い	□ 悪い

＊＊ 病院記入欄 ＊＊

検査	□ 自宅にて抗原検査実施 検体持参 □ 抗原 (陰性 ・ 陽性 コロナ(+) ・ インフル(+)) □ PCR (院外 ・ 院内) □ RSウイルス □ 溶連菌 □ アデノウイルス □ その他