

電話診察用問診票

氏名

生年月日

住所

連絡先電話番号

症状について

熱: なし 有 (いつから、最高体温)

咳: なし 有 (いつから、痰はあるか)

全身倦怠: なし 有 (いつから)

危険接触: なし 有 (いつ、どのような)

治療中の病気: なし 有 (病名)

既往症: なし 有 (病名)

現在の服薬: なし 有 (内容)

お薬のアレルギー、妊娠、授乳: なし 有 (内容)

今シーズンにインフルエンザの予防接種: 受けた 受けてない

薬は 本人以外の家族が薬を取りに来る 処方箋の送信 (FAX or PDF mail)

個人情報の取り扱い、電話診療に関する同意を口頭で得た

日時

担当者