**【自宅療養者支援】患者同居家族等 ヒアリングシート**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 応需日時 | 令和　　年　　月　　日（　）　午後/午前　　　時 | 確認 |
| 患者氏名 | 　　　　　　　　　　様 |  |
| 年齢/性別/体重 | 　　　　歳　（男/女）　　　体重（15歳以下）　　　㎏ |  |
| アレルギー | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 副作用歴 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 併用薬 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| かかりつけ医 | □なし　　□あり→□本日の処方医　　□ その他（　　　　　　　　　） |  |
| 他科受診 | □なし　　□あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 同居家族 | □なし　　□あり（　　名）　※ご本人を除く□家族の感染状況　※続柄記入可/年齢は必要時記入　①　　　　様（　　歳）□感染あり　□感染なし　□治癒/治療中　②　　　　様（　　歳）□感染あり　□感染なし　□治癒/治療中　③　　　　様（　　歳）□感染あり　□感染なし　□治癒/治療中　　　　④　　　　様（　　歳）□感染あり　□感染なし　□治癒/治療中　　　　⑤　　　　様（　　歳）□感染あり　□感染なし　□治癒/治療中 |  |
| 処方箋原本 | □クリニックより郵送　　□薬局に持参（□本人が回復後/□家族が来局）　　□その他（　　　　　　　　　　　　） |  |
| お届け方法 | □自局配達　　□郵便/バイク便ほか　　□家族来局□その他（　　　　　　　　　　　） |  |
| 住所 | ※集合住宅の場合は建物名/部屋番号も記載 |  |
| 住居の情報 | □戸建て　　□集合住宅　　□その他（　　　　　　　　）□表札あり　　□表札なし（目印：　　　　　　　　　　　　　）□オートロック |  |
| 電話番号 | □携帯（　　　　　　　　　　　　　　　　）□自宅（　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 健康観察処方医へ報告 | □１回目（　　月　　日）　　□２回目（　　月　　日）　　　※処方医報告　　□なし　□あり（　　　　　　　　　　　　　　） |  |
| 服薬指導 | □患者宅　　□オンライン機器使用（　　　　　）　□電話　　□その他（　　　　　　）  |  |
| プライバシー | □白衣着用可　　□白衣着用不可□玄関先での会話可　　□玄関先での会話不可□玄関ポスト（ドアポスト）にお届け　　□玄関ドアノブにかける□集合ポストにお届け□お届け時にインターホンを鳴らす |  |
| お支払い | □なし　　□あり（□後日来局　□振り込み　□クレジット　□電子決済□その他（　　　　　　　　　　） |  |
| 領収書 | □お薬の交付と同時　　□後日郵送 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日（　）

　　　　　　　　記入者名：

　　　　　　　　確認者名：