

【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) kg	
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：