

フリガナ		生年月日	年 月 日	男
氏名			( 歳 ヶ月)	女
		体重	Kg	
住所	〒	電話番号		
		携帯電話		

■ 本日どうされましたか？ (いつからどのような症状が出ているかなど)

■ 上記の症状で他の病院を受診されましたか？

いいえ ・ はい (病院名: )

※はいの方 お薬は処方されましたか？

いいえ ・ はい

■ 現在治療中で定期的にかかっている医療機関はありますか？

いいえ ・ はい

※はいの方 病院名 ( )

病名 ( )

処方されている薬 ( )

■ アレルギーはありますか？

いいえ ・ はい (花粉 ・ 食物 ・ 動物 ・ ハウスダスト ・ ダニ ・ その他)

※はいの方 処方されている薬 ( )

■ 飲み薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ ・ はい

■ 周囲で流行しているものはありますか？

いいえ ・ はい (インフルエンザ ・ おたふく ・ 水痘 ・ 溶連菌 ・ 胃腸炎 ・ その他)

■ お薬のご希望はありますか？

シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 (カプセル)