



ふりがな		性別	生年月日		
氏名		男・女	H ・ R	年 (歳	月 日 カ月)
電話番号	(父・母・その他:)				
住所	住所変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有の方はご記入お願いします。↓ 〒				

体温

(

°C)

体重

(

kg)

※お薬の量に関係しますので、

ごく最近の体重を記入して下さい。



▼ 定期受診以外 ▼

■熱はありますか？ はい ・ いいえ



いつから【 ____ 日 ____ 時 ~ ____ °C 】

■熱以外の症状はありますか？

- 咳 痰 ゼーゼー
 鼻水 鼻づまり のどの痛み
 頭痛 腹痛 吐き気 嘔吐
 下痢 便秘 (____ 日間、排便なし)
 発疹 じんま疹 乾燥肌

その他(_____)

■今回の症状にて、検査をしましたか？

いいえ / はい(____ 月 ____ 日 ____ 時)



検査結果のご記入をお願いします。

コロナ(+・-) インフルエンザ(A B・-)
 その他(+・-)

■周りで流行っている病気はありますか？

はい(病名: _____) / いいえ

■他院にて処方されている薬はありますか？

ある(お薬手帳をお預かりします) / いいえ

■くすりのご希望はありますか？ ※ご希望に添えない場合があります。

- ・薬の形状 : シロップ 粉 錠剤
 ・解熱剤の希望 : 不要 / シロップ 粉 錠剤 座薬

■通園・通学はされていますか？

はい【 _____ 】保・幼・小・中・高 / いいえ

▼ 定期受診 ▼

 便秘 喘息 花粉症 夜尿症 皮膚 その他

[_____]

* 症状について

 落ち着いている 変化なし 悪化している

[_____]