再診の方　予診票

月　　日　　時　　分

今日の体温 ＿＿＿＿＿＿℃

かかりつけの薬局　アイリス ・ いるか

通っている学校・園名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ　　（15歳未満）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　生年月日＿＿＿＿＿年齢＿＿＿歳　体重＿＿＿＿kg

ご住所、ご連絡先に変更がある場合ご記入下さい。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　ご希望のお薬の形状は　　シロップ　・　粉薬　・　錠剤　・　軟膏　・　保湿剤

2　薬によるアレルギーや副作用がありましたか？　　ある（薬品名　　）・ない

3　今日はどうされましたか、当てはまるところに〇をつけて下さい。

熱がある　咳が出る　鼻水がでる　下痢になった　吐き気がある　のどが痛い

頭が痛い　お腹が痛い　湿疹（部位　　）

その他（　　）

4　そのような症状はいつからですか　　日位前から

5　今日の食欲は　　ある　　普段の半分くらい　　全然ない

6　夜は眠れますか　　眠れる　　時々起きる　　殆ど眠れない

7　現在、他院から処方されているお薬はありますか

ある（病院名　　）・ない

8　受診される女性の方へ　現在妊娠中ですか（はい ・ いいえ）　授乳中ですか（はい ・ いいえ）

再診の方　予診票

月　　日　　時　　分

今日の体温 ＿＿＿＿＿＿℃

かかりつけの薬局　アイリス・いるか

通っている学校・園名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

フリガナ　　（15歳未満）

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿　男・女　生年月日＿＿＿＿＿年齢＿＿＿歳　体重＿＿＿＿kg

ご住所、ご連絡先に変更がある場合ご記入下さい。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1　ご希望のお薬の形状は　　シロップ　・　粉薬　・　錠剤　・　軟膏　・　保湿剤

2　薬によるアレルギーや副作用がありましたか？　　ある（薬品名　　）・ない

3　今日はどうされましたか、当てはまるところに〇をつけて下さい。

熱がある　咳が出る　鼻水がでる　下痢になった　吐き気がある　のどが痛い

頭が痛い　お腹が痛い　湿疹（部位　　）

その他（　　）

4　そのような症状はいつからですか　　日位前から

5　今日の食欲は　　ある　　普段の半分くらい　　全然ない

6　夜は眠れますか　　眠れる　　時々起きる　　殆ど眠れない

7　現在、他院から処方されているお薬はありますか

ある（病院名　　）・ない

8　受診される女性の方へ　現在妊娠中ですか（はい ・ いいえ）　授乳中ですか（はい ・ いいえ）