

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 お薬の希望は (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 坐薬)
- 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○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 お薬の希望は (シロップ ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ 坐薬)
- 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○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)