

月 日 時 分

初めての方

フリガナ

お名前 _____ 昭和・平成・令和 年 月 日生 男・女

住 所 _____

電話番号 _____ 年齢 _____ 歳

携帯電話 _____

今日の体温 _____ °C 体重 _____ kg (15歳未満)

通っている学校・園名 _____

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、当てはまるものに○をおつけください

熱がある 咳が出る 鼻水が出る 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 ほとんど眠れない

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)