



● 発疹(ぶつぶつ)などがあり、感染する可能性が疑われる場合、お申し出ください。

ふりがな

お名前

男女

生年月日 年 月 日( 歳 ヶ月)

診察券番号

現在の体温 ℃ 体 重 kg

わかっている方はご記入お願いします

1. 今日、どのような症状でこられましたか?

発熱・微熱・咳・ゼーゼー・ヒューヒュー・鼻汁・鼻づまり・嘔吐・下痢・腹痛・発疹・湿疹・喘息・アトピー性皮膚炎・アレルギー・咽頭痛・頭痛・便秘・めやにくしゃみ・血便・血尿・その他 ( )

2. 症状はいつからですか?

月 日 午前・午後 時頃

3. 現在、使用している薬(坐薬、外用薬も含む)があればすべてお書きください。

( )

4. お薬について どのようなお薬の形態をご希望ですか?

シロップ 粉薬 錠剤 坐薬

5. 前回受診から今日までで何か変化(痙攣を起こした、薬でアレルギーを起こした、入院したなど)がありましたらご記入ください。

( )

6. 住所、電話番号(携帯も含む)などの変更がございましたらお書きください。

( )

7. ご相談されたいことがございましたら何でも気軽に遠慮なくお書きください。

もちろん診察室に入られてからでも結構です。

( )

※健康保険証は月に一度、あるいは変更がございましたら、受付にご提出ください。