

時 分

# 初めての方

平成 年 月 日

フリガナ \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 昭和・平成 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

- ご希望のお薬の形状は シロップ 粉薬 錠剤
- 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
- 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 定期受診 湿疹(部位 )  
その他( )
- そのような症状はいつからですか 日前から
- 今日の食欲は ある 普段の半分くらい 全然ない
- 夜は眠れますか 眠れる 時々起きる ほとんど眠れない
- 他に気になる症状や、他院から処方されているお薬がありましたら、お書きください  
( お薬手帳を準備してお待ちください )
- 現在妊娠中ですか ( はい・いいえ ) 授乳中ですか ( はい・いいえ )