

再診の方 予診票

月 日 時 分

今日の体温 _____ °C

フリガナ _____ (15歳未満)

お名前 _____ 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
- 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 定期受診 湿疹(部位 _____) 健診
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 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)

8 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 _____ °C

フリガナ _____ (15歳未満)

お名前 _____ 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
- 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 定期受診 湿疹(部位 _____) 健診
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 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)

8 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)