

診察においでになった方へ

フリガナ

お名前 _____ (才) 熱 _____

住所 : _____ tel : _____

(1) いつからどのような症状で来院されましたか？

いつから：

どのような症状：

(2) 現在治療を受けていますか？ お薬は使っていますか？

(3) 一番心配なこと、お聞きになりたいことはありますか？

(4) 過去に病気をしたことがありますか？ (ある ・ ない)

【あると答えた方】どのような病気ですか？

(5) ① アレルギー体質はありますか？

薬物アレルギー (ある ・ ない)

卵アレルギー (ある ・ ない)

② 薬の希望はありますか？

(錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ ・ 坐薬 ・ 特に無し)

※年齢、体重などにより、希望にお答えできない場合もあります。

(6) タバコ 本／日 (才から)

お酒・ビール 本／日 (才から)