

1. ふりがな {
 お名前 {
 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 才
 性別 男・女

2. ご住所 (〒 -)
 ()
 電話番号 携帯(- -) 自宅(- -)

5. 15歳までのお子様のみ 体重()kg
 希望剤型 (錠・顆粒・シロップ)

6. 症状は
 ・いつ頃から() 体温()℃
 ・どんな症状ですか
 (・だるさ ・頭痛 ・のど痛 ・咳 ・鼻水 ・鼻づまり ・痰 ・息苦しい ・ぜいぜいする
 ・腹痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・食欲なし ・下痢 ・便秘
 ・その他の症状)

7. 他の医療機関で診察を受けていますか？ はい(名前) ・ いいえ

8. 薬を飲みましたか？ はい ・ いいえ
 「はい」とお答えの方 市販の薬 {
 病院処方 {

9. 大きな病気や入院をしたことがあったり、現在治療を受けていますか？ はい ・ いいえ
 「はい」とお答えの方 病名 {
 お薬の名前 {

10. アレルギーはありますか？ はい ・ いいえ
 「はい」とお答えの方 種類(薬 ・ 食べ物 ・ 花粉症 ・ ぜんそく ・ アトピー)
 内容 {

11. その他、医師に伝えておきたいことがあればお書きください。
 ()

12. ご紹介者様(差し支えなければお教えてください) ()