

- 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
- ご住所 (〒 -)
{
電話番号 携帯(- -) 自宅(- -)
- 15歳までのお子様のみ 体重()kg 希望剤型 (錠・顆粒・シロップ)
- 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
}
- まわりの人で、体調不良や感染症にかかっている人はいますか？
はい() ・ いいえ
- コロナワクチン接種はされていますか？ はい(回、直近接種日 年 月 日) ・ いいえ
- 他の医療機関で診察を受けていますか？ はい(名前) ・ いいえ
- 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 {
- 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 {
- 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 {
- 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。
{
- ご紹介者様(差し支えなければお教えてください) {