

氏名 _____ 男・女 _____ 年齢 _____

◆ 今日の来院理由について教えてください。

● 当てはまる症状があれば○をつけてください。

症状： 咳 鼻水 喉の痛み くしゃみ 腹痛 頭痛
 吐き気 嘔吐 下痢 発熱(_____ °C)
 前回の続き 薬希望

● 症状はいつ頃からありますか？
 また、上記以外に症状があればご記入ください。

◆ 現在、他に内服中のお薬はありますか？(○をつけてください)

ある(他院で) ある(当院で) ない

└─ ある(他院) に○をされた方
 受付にお薬の情報がわかるものを提示してください

▼ 女性の方へ

現在、妊娠していますか？ はい(週) いいえ 不明

現在、授乳中ですか？ はい いいえ