

再診された方へ

記載にご協力下さい。

令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前	様		診察券 ID			

① いつから、どのような症状がありますか？（例： 1週間前から咳がある。今朝から熱がある。など）

[現在の体重 kg]

[現在の身長 cm]

[今日の体温 °C]

② 今までにかかったことのある病気に○をして下さい。

熱性けいれん、気管支喘息、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、食物アレルギー

その他 _____

③ 治療中の病気はありますか？

なし ・ あり（病名を記入してください）

④ 現在服用中のお薬はありますか？ 薬品名 _____

なし ・ あり（薬品名を記入してお薬手帳があれば提出してください）

⑤ 今までにくすりのアレルギーや副作用はありましたか？

なし ・ あり 薬品名 _____

スタッフ記入欄 熱()咳()鼻汁()嘔吐()下痢()食欲()痛み()元気()