

今回の診察が初めての方

名前 体重

年齢 熱

*症状は？（あてはまるものに○を）

発熱 頭痛 下痢 腹痛 嘔吐 たんのからみ 咳
鼻つまり 鼻水 のどの痛み 食欲不振 だるさ

（上記以外その他の症状）

*いつから？（ ）

*お薬を服用して具合が悪くなった事がありますか？

- ・はい（薬名 ）
- ・いいえ

*何かお薬を飲みましたか？

- ・はい（薬名 ・市販薬）
- ・ない

*普段から飲んでいるお薬はありますか？

- ・はい（薬名 ）
- ・ない