

ふりがな		男 女	生年月日	平・令	年	月	日生	
氏名			年齢	歳	ヶ月			
住所	〒 -						体温	℃
電話	(自宅)			(携帯)			体重	kg

該当する症状に チェックを付けてください。

①どのような症状で来院されましたか？				
②それはいつ頃から始まりましたか？				
③現在かぜはひいていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ・ <input type="checkbox"/> はい (月 日頃から)			
④現在他の病院にかかっていますか？ 内服はされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	※「はい」とお答えの方 病院名		
		病名:		
		現在服用中の薬 ※お薬手帳をお持ちの方はお見せください。		
⑤当てはまる項目に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを付けてください。	中耳炎の通院経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1~2度	<input type="checkbox"/> それ以上
	鼻は元々悪い子であると	<input type="checkbox"/> 思わない	<input type="checkbox"/> 少し思う	<input type="checkbox"/> 思う
	いびき	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> しょっちゅう
	へんとう腺の熱は、1年間に	<input type="checkbox"/> 0回	<input type="checkbox"/> 1~2回	<input type="checkbox"/> 3回以上
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 以前あった	<input type="checkbox"/> 今もある
	気管支ぜんそく	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 以前あった	<input type="checkbox"/> 今もある
	熱性けいれん・てんかんの既往	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある	
	ペットを家の中で飼って	<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる ()	
	食べ物のアレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある ()	
	薬の副作用の経験	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ある ()	
	薬は何が良いですか	<input type="checkbox"/> 何でも良い	<input type="checkbox"/> シロップ	<input type="checkbox"/> 粉 <input type="checkbox"/> 錠剤
	服用回数	<input type="checkbox"/> 毎食飲める	<input type="checkbox"/> 朝・夕の2回	
⑥ジェネリック薬品を希望されますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			