

# 今日はどうなさいましたか？

名前 \_\_\_\_\_

診療日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

体温 \_\_\_\_\_ 度 体重 \_\_\_\_\_ kg

## ●どのような症状ですか？

- ・頭痛
- ・めまい
- ・寒気（ざわざわする）
- ・だるい
- ・関節痛（節々が痛い）
- ・くしゃみ
- ・鼻水
- ・鼻づまり
- ・のどが痛い
- ・せき（1日中、朝、夜）
- ・たんがからむ
- ・腹痛（胃の辺り、下腹、右腹、左腹、その他）
- ・吐いた
- ・吐き気
- ・食べたくない
- ・下痢（便がやわらかい、水のように）
- ・その他（具体的にお聞かせ下さい）

## ●薬のアレルギーはありますか？

ある・・・どんな薬ですか？

ない \_\_\_\_\_

## ●薬の剤形のご希望はございますか？

ある・・・錠剤、粉薬、シロップ

ない

●点滴のご希望はございますか？

ある

ない

※成人女性の方へ・・・現在妊娠中( \_\_\_\_\_ 週)

授乳中(お子さんは \_\_\_\_\_ カ月)

当医院で定めた利用目的の範囲で利用いたします

**藤田内科消化器科医院**