

再診の13才以下のかたへ

お手数ですが、本日診てもらいたい症状をご記入ください。

氏名					才					才
症状 いつから					日前から					日前から
どんな症状 印をつけてください	耳 (右 ・ 左)		鼻	のど	ねつ	耳 (右 ・ 左)		鼻	のど	ねつ
	・痛い	・耳掃除	・鼻水	・痛い	°C	・痛い	・耳掃除	・鼻水	・痛い	°C
	・痒い	・中耳炎の 経過	・鼻づまり	・咳		・痒い	・中耳炎の 経過	・鼻づまり	・咳	
	・耳垂れ		・くしゃみ	・たん		・耳垂れ		・くしゃみ	・たん	
	・耳を触る		・鼻血			・耳を触る		・鼻血		
体重	(適正な処方のためご記入ください)				kg	(適正な処方のためご記入ください)				kg
処方の希望	錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ					錠剤 ・ 散剤 ・ シロップ				
解熱薬の希望	不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)					不要 ・ 必要(錠剤 ・ 散剤 ・ 座薬)				

その他、診察に関してのご希望や、他院で処方されている薬などがあればご記入ください。

()

ありがとうございました。