

かぜなど前回からのつづきの方

保険証確認

ID

お名前(カタカナ) \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_

喘息定期 発作 あり なし

皮膚診察 禁煙 シダトレン アレルギー定期

溶連菌感染症後の検尿 結果 → 今聞く 午後TELLして頂く

結果聞き

かぜ・その他症状つづき

●現在の症状

現在の体温( \_\_\_\_\_ °C)

熱 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ のどの痛み ・ 頭痛

腹痛 ・ おう吐 ・ 下痢 ・ その他( \_\_\_\_\_ )

希望されるお薬に○をつけて下さい。

※水薬(シロップ) 錠剤(カプセル) 粉薬 全て

※水薬は調剤の作業上の理由から通常よりも15分以上余計に時間がかかります。

日曜は16歳未満の方のお薬は二日分までです