

オンライン診察（コロナ時限措置）問診票

しだ小児科クリニック 

お名前（ _____ ）

体温（ _____ ）°C 身長（ _____ ）cm 体重（ _____ ）kg

☆これまで大きな病気をされたことはありますか？（ない・ある： _____ ）

☆薬や食べ物でアレルギーはありますか？（ない・ある： _____ ）

☆お薬の希望は（粉薬・シロップ*・錠剤）： _____ *シロップは郵送対応できません。

☆保育園・学校などの事情でお昼にお薬を飲めないことがありますか？（はい・いいえ）

☆お薬はどちらをご希望ですか？（先発品・ジェネリック）

☆処方箋はどちらをご希望ですか？（ご自宅へ郵送・薬局へFAX）

【薬局へFAXをご希望の方にのみ質問です】

☆その薬局は初めてご利用ですか？（はい・いいえ）

→はいの場合：まず薬局が対応可能かご確認ください。

OKであれば、薬局から当院に問い合わせがあった場合、処方する上で必要な個人情報をお知らせしても良いですか？（はい・いいえ）

☆ご利用はどちらの薬局ですか？（2回目以降はとばしていただいて大丈夫です）

薬局名：

住所：

電話番号：

FAX 番号：

ご協力ありがとうございました。 