

予診票（保険診療）

氏名 性別 生年月日 年 月 日

住所 〒 —

電話番号

車のナンバー

希望薬剤 （薬剤希望の場合は、体重の記載をお願いします K g）

○ 解熱剤（アセトアミノフェンのみの処方となります）

錠剤 粉 坐剤

○ 抗インフルエンザ剤（陽性時のみ処方・希望薬剤にチェックを入れてください）

タミフル(粉) タミフル(カプセル・5日間内服) ゾフルーザ(錠剤・当日内服)

リレンザ(5日間吸入) イナビル(当日吸入)

保険証・医療証（提示してください）