

問診票

氏名()

ふりがな()

生年月日 (年 月 日 歳)

体重: 該当の体重にチェックをお願いします

- 37.5kg未満
- 37.5kg以上80kg未満
- 80kg以上

※オセルタミビルは 37.5kg以上の方のみ服用が可能です

※ゾフルーザは、80kg以上の方の場合、倍量の内服が必要となり、費用も高くなります。

抗インフルエンザ薬でこれまでアレルギーを起こしたことがありますか？

- なし
- あり

腎機能障害を指摘されたことがありますか？

- なし
- あり

上記以外に、現在指摘されている・治療中のご病気はありますか？

- なし
- あり(内容:)

お薬や食べ物に、アレルギーはありますか？

- なし
- あり(内容:)

現在、内服・外用中のお薬がありますか？

- なし
- あり(内容:)

妊娠または授乳中ですか？

- いいえ
- はい

ご希望のお薬

- オセルタミビルカプセル
- ゾフルーザ錠
- 相談したい