

No: _____

再診票

西暦 20 年 月 日

ふりがな		身長	cm
ご氏名	(男・女)	体重	kg
住所・電話番号は変更があった方のみ記入をお願いします			
ご住所	〒		
お電話番号	()		

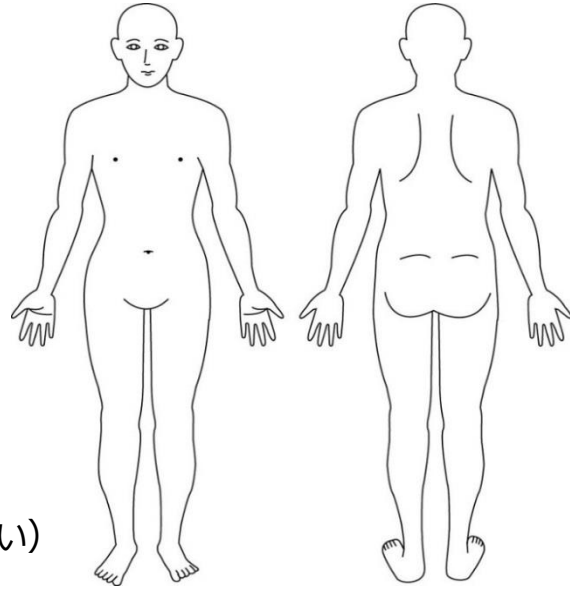
1. 前回と同じ症状ですか？

(はい → 2、3、5～8 ・ いいえ → 4～6へ)

2. 経過をお教えてください。

(よくなっている ・ 変わらない ・ 悪化した)

3. 本日の診察の希望や、不足している薬があれば記入してください。

()
()

4. どのようなことで来院されましたか？

●どの部位に症状がありますか？

(右上の絵で、診察を希望される所を○で囲んでください)

●いつ頃からですか？ ()

●どんな症状ですか？

かゆい 痛い できものがある

その他 ()

●このことで何か治療をしましたか？ (はい・いいえ)

その内容 ()

5. 現在治療中の他の病気はありますか？ (ない ・ ある：病名)

現在飲んだりぬったりしているお薬はありますか？ (ある ・ ない)

ある方・・・お薬手帳をこの問診票と一緒に受付にお出してください。

→お薬手帳をお持ちでない方 (お薬の名前：)

6. 女性の方へ

●妊娠中ですか？ (はい [第 週] ・ いいえ)

●授乳中ですか？ (はい・いいえ)

●妊娠のご希望はございますか？ (はい・いいえ)

ご協力ありがとうございました。恐れ入りますが、印刷してご持参ください。