

＜再診問診票＞

ふりがな

氏名 : _____ (男 ・ 女)

年齢 : _____ 歳 (小児のみ 体重: _____ kg)

◆ どのような症状でお困りですか

体温	℃/ 平熱	℃
----	-------	---

 今日から () 日前から () 週間前から () ヶ月前から

<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> せき	<input type="checkbox"/> たん	<input type="checkbox"/> 頭痛
<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐・吐き気	<input type="checkbox"/> 腹痛	<input type="checkbox"/> 食欲不振	<input type="checkbox"/> 頻尿・残尿感・排尿痛	
<input type="checkbox"/> 動悸	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> ほてり	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 花粉症・鼻炎	

【 その他の症状 】

(_____)

◆ 1週間以内の再診の方、その後の症状はいかがですか

(良くなっている ・ あまり変わらない ・ 悪化している)

前回当院で処方された薬を飲んでいますか (はい ・ いいえ)

◆ お薬手帳を持ってきていますか (はい ・ いいえ)

お持ちでない場合、現在服用しているお薬があればご記入ください

(_____)

◆ 今までに薬・注射・食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか (はい ・ いいえ)

『 はい 』と答えた方・・・ 分かれば薬剤名・食べ物の名前 (_____)

◆ 診察で必要と判断された場合、注射・点滴(保険内)を希望されますか (はい ・ いいえ)

◆ 自費注射・点滴を希望されますか ※疲労回復や美白・美肌等 (はい ・ いいえ)

◆ 女性の方のみお答えください

妊娠中ですか (はい ・ いいえ) 授乳中ですか (はい ・ いいえ)

ご記入が済みましたら、受付にお出してください。ご協力ありがとうございました。