

再来問診票

ID

記入者氏名

続柄

お答えできる範囲で結構ですので記入して下さい。御家族または付き添いの方が記入して下さいでも結構です。

| | | | | | |
|----------------|---|-----|----------------------|---------|------------|
| (フリガナ) 患者氏名 | 様 | 男・女 | 生年月日 年 月 日 年 齢 | T・S・H・R | 年 月 日 歳 |
|----------------|---|-----|----------------------|---------|------------|

1. 前回の受診からお変わりありませんか？

- ・変わらない
- ・変りある (手術、入院された方は必ずお答え下さい)

症状など

・現在入院中の方 【病院名

・定期検査希望

2. 先生へ相談したいことはありますか？

相談がある場合は相談内容に応じて順番が前後することをご了承下さい。

・特に相談は無い

・相談したいことがある

3. お薬について (当院からの処方がない方はご記入の必要はありません)

・そのままよい

・お薬が余っていますか？ ・余っていない ・余っている

(余っているお薬の数) わかる場合は余白にご記入下さい

・薬が効いていないので相談したい

・欲しいお薬がある

4. 以下の診療資料をお持ちの方は○を付けて下さい。

血圧手帳 ワルファリン手帳 頭痛ダイアリー そうだんノート

お薬手帳 他院の採血結果 その他のメモ

5. 住所の変更はありませんか？

・ない ・ある

外出または車内で待つことを希望される方はスタッフへお声がけください。

資格確認書の受け取りサイン／マイナ

携帯電話