

診察券番号：

受診日： 年 月 日

## 再診問診票（おとな）

← 一連の症状で受診された方

ふりがな .....

氏 名 .....

生年月日 西暦 年 月 日 年齢 歳 性別（男・女）

（↓変更があれば）

住 所 〒 .....

携帯電話 ..... 固定電話 .....

新たに症状が出た人が周りにいますか？（病名や症状 誰 or どこで ）

体重（ ） kg

発熱（ なし ・ あり → ）℃

前回からの変化について

全体に（ 改善 ・ 横ばい ・ 悪化 ）

アレルギーはありますか？ （ なし・あり ）

前回受診後、他院への受診はありますか？ （ なし・あり→検査や投薬 ）

検査の希望はありますか？

（ あり ・ なし ・ 医師と相談して考える ）

（ ある場合、どんな検査を希望されますか？ .....

特に伝えておきたいことがあればご記入ください

ご記載、ありがとうございました。