

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 → \_\_\_\_\_ °C）

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。