

再診問診票

ふりがな		性別	生年	大正 昭和	年 月 日
氏名					
再診で変更がない場合、以下は記入不要です					
住所	〒				
連絡先					

Q. 受診された理由について（複数回答可）

- | | |
|--|-----------------------------------|
| ☐ 発熱 () | ☐ 咳・痰 |
| ☐ のどの痛み | ☐ 倦怠感 |
| ☐ 腹痛 | ☐ 下痢・嘔吐 |
| ☐ 鼻水・鼻閉 | ☐ 胃痛 |
| ☐ 皮膚の症状 | ☐ 漢方治療をしたい |
| ☐ 点滴をしたい | ☐ 健診結果の相談 |
| ☐ その他 | |

いつからですか？ ()

○. 周囲に以下の症状の方はいますか？

- ☐ 発熱
 ☐ 咳・かぜ
- ☐ 胃腸炎
 ☐ インフルエンザ
- ☐ 新型コロナウイルス感染症
 ☐ 特になし

Q. 現在他院で治療中/治療していた病気はありますか？

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| ☐ なし | ☐ 高血圧症 |
| ☐ 糖尿病 | ☐ 脂質異常症 |
| ☐ 心筋梗塞 | ☐ 不整脈 |
| ☐ 脳梗塞 | ☐ 喘息 |
| ☐ がん | ☐ 腎臓病 |
| ☐ 肝臓病 | ☐ アレルギー |
| その他 | |

○. 現在当院以外で処方・内服されている薬があれば教えてください

○. 食物・薬のアレルギーはありますか？

- ☐あり →
- ☐なし

Q. (女性の方へ) 現在妊娠などの可能性はありますか？

- ☐
- はい
- ☐
- いいえ
- ☐
- 授乳中

Q. 特に医師へ相談したいことがあればご記載ください。

ご協力ありがとうございました。
記入が完了しましたら受付にお渡してください。