



再診用 問診票

せせらぎクリニック Seseragi Clinic

※個人情報 は 当院 で 定め た 利用 目的 の 範囲 で 使用 し ます。

少しご面倒をおかけしますが、待ち時間短縮のご協力をお願いします

フリガナ

名前:

携帯番号

1.その症状はいつ頃からどのような症状ですか？

体温: 度

身長: cm 体重:

kg (受診間隔のあいた子供患者さんをお願いします)

* 以下の質問は前回と変わりなければ白紙で結構です

2.前回受診から他の病院やクリニックに通院し始めましたか？

していない・している… どんな病気ですか？具体的にお書きください

3.前回受診からお薬の追加変更はございますか？

ない・ある… どんなお薬ですか？具体的にお書きください(お薬手帳があればご提出ください。)

4.前回受診から手術、入院治療を受けましたか？

ない・ある… いつ頃どこで受けられましたか？

いつ? どこで? どのような?

5.女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠している。または妊娠している可能性はありますか？

していない・している(可能性がある)

6.お薬のリクエストはありますか？

ない・ある… 具体的にお書きください(例:できれば錠剤希望、粉薬ダメ、漢方ダメ)

QRコード
受付時間
〒10001
03-5555-1234
03-5555-1234