

再診問診票

氏名 _____

受診日: 西暦 年 月 日

前回とは別のご相談がある方のみ問診票のご記入をお願いします。

診察までにお申し出て頂けなかった場合は、スタッフが、再度、問診をとります。

いつから

どこに

症状について

① () () ()

② () () ()

③ () () ()

他にもありましたら、もう1枚問診票のご記入をお願い致します。

前回の件で、何か質問はありますか？

()

女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ (ある ・ ない)