

太子道診療所 内科再診問診票

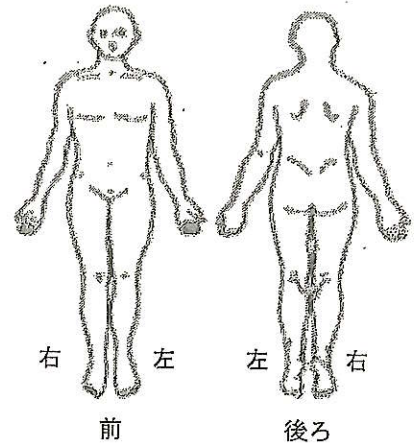
名前()

医師希望: なし・あり()

◆本日はどうされましたか? 当てはまるものにチェック☑し、いつ頃から始まったかを記載してください

定期の診察 (いつものお薬が欲しい) 薬希望 薬名 ()

痛みがある (部位:)



種類: 重い感じ 差し込むような
締め付けられるような
ズキズキ ビリビリ
その他 ()

咳・痰が出る のどが痛い 鼻水が出る 熱がある

動悸 息が苦しい

吐き気 吐いた 下痢 食欲がない

めまい ふらつく むくみ

検査結果の説明 検査異常 (健診後の診察)

尿もしくは便の相談 ()

その他 ()

◆症状について該当するもの全てにチェック☑をしてください

絶え間なく続いている 症状が出たり消えたりしている 徐々にひどくなっている
 変わらない 良くなっている その他 ()

◆希望する検査があれば○をしてください

採血 ・ 尿 ・ レントゲン ・ 心電図 ・ その他 ()