

問診票（定期受診・引き継ぎ受診）

受診日 年 月 日

フリガナ	診察券番号
お名前	体重 Kg

1. 本日はどのような目的で受診されましたか？

- 前回の受診の経過観察
- 定期受診
- 薬がなくなった
- 検査結果を聞きに来た
- その他（ ）

2. 前回受診から症状の変化はいかがですか？

- 良くなっている
- 悪くなっている
- 変わらない
- 検査結果を聞きに来た

3. 症状の経過を詳しく教えてください

()

4. ①飲み薬が処方された方

お薬は飲めていますか？

- 全部飲めている
- だいたい飲めている
- あまり飲めていない

②塗り薬が処方された方

お薬は塗れていますか？

- 毎日塗っている
- 時々忘れる
- うまく塗れていない

5. その他、気になっている事や相談したいことがありましたらご記入ください

()

- 当院は診療情報を取得・活用する事により、質の高い医療の提供につとめてまいります。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証およびオンライン資格確認の利用にご協力お願いいたします。
- マイナ保険証およびオンライン資格確認による診療情報取得に同意されますか？ はい・いいえ

ご協力ありがとうございました