

ID:



やちよ総合診療クリニック 再診問診票

年 月 日

氏名： _____ (歳)

体温： _____ °C

●下記のいずれかにチェックをお願い致します。

保険診療 交通事故 安全会(学校での怪我)

労災予定(仕事・通勤での怪我) その他 (_____)

●前回受診時から症状にお変わりはありますか？

良くなった 変わらない 悪化した

●前回受診時とは別の症状の方はこちらに記載をお願いします。

いつから：

どこが：

どのように：

原因は：

～前回受診から保険証に変更がある場合、受付までお声掛けください～

～お薬手帳をお持ちでしたら、問診票と一緒に受付へお出しください～