

再診問診票

記入日 年 月 日

お名前 _____

① 前回の症状は良くなっていますか (○をつける)

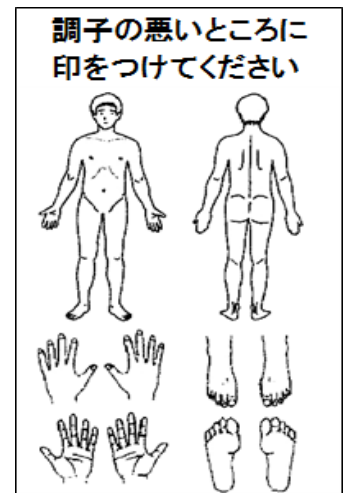
良くなっている 変わらない 悪化している

※変化があればご記入ください

② 新たな症状があるならば、いつ頃から、どのような症状ですか
▶いつ頃からですか (○をつける)

昨日 ・ 今日 ・ 3~4日前 ・ 1週間以上前 (月頃から)

▶どのような症状がありますか



③ 今日、希望する治療はありますか (○をつける)

ブロック注射 ・ 点滴 ・ プラセンタ ・ 筋肉増強注射
にんにく ・ ビタミンC ・ コンドロイチン ・ 検査結果 ・ 投薬

④ 薬や注射に対するアレルギー、妊娠や授乳はありますか

※ある方のみご記入ください

⑤ 普段、飲んでいる薬はありますか

※ある方のみご記入ください

間瀬内科クリニック