

問診票

(該当する箇所に○もしくはカッコ内に記入をお願いします)

氏名()・受付番号()番

熱がある方(度 分)

★15才未満の方のみ

体重(kg)

熱性けいれん (あり・なし)

てんかん (あり・なし)

★本日の受診の主な理由はなんですか

1. 薬がなくなった・薬がほしい (何の薬ですか)
2. 検診・定期受診のため
 - a.前回と変わらない 調子良い・調子悪い (どのように)
 - b.前回より改善傾向 (どのように)
 - c.前回より悪化している (どのように)
3. 検査結果を聞きたい (血液検査・CT・MRI・その他)
4. その他の症状 (具体的にお書きください)
いつからですか? () 日前・() 週間前・その他 ()

5. その他 (カッコ内にご記入ください)

例) Bスポット療法(EAT療法)を受けたい・紹介状がほしい (どのような) ・下
甲介化学剤手術を受けたい・検査をしたい (アレルギー検査・聴力検査・睡眠時
無呼吸検査・副鼻腔 CT・頭 MRI)

ご記入ありがとうございました