再診問診票

短い診察時間を実りあるものとするために、ご協力お願いいたします。

記載日　　年　　月　　日

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆本日受診に来られている方はどなたですか？

ご本人・配偶者・父・母・子・祖父母・孫・その他（　　）

ご本人不在の場合⇨代理受診の了承を得ている　□はい　□いいえ

☆本日医師にお話ししたいことを事前にご記入ください。

（体調、お薬、公的制度利用、診断書、治療方針など）

☆前回受診されてからの調子を教えてください。

😊良い	1	2	3	4	5	6	7	悪い😭
	とても	まあまあ	少し	変わらない	少し	まあまあ	とても	

・睡眠　□取れている　□まあまあ　□取れない

・食事量　□増えている　□変化なし　□減っている

・薬の飲み心地　□良い（問題なし）　□悪い　□わからない

・前回処方されたお薬　□残薬なし　□残薬あり（　　日分）

☆処方についてのご希望があれば、具体的にご記入ください。

（例：副作用の相談、処方日数の相談など）

次回診察希望日　　月　　日

□１週間後　□２週間後　□３週間後　□４週間後

ご協力ありがとうございました。