

再診時間診票

着替えをお持ちの方は、診察部位を見せられるよう、診察室にお呼びする前までにお着替えをお済ませください。
院内にも着替えのご用意がありますので、必要な方は
受付にお知らせ下さい。

氏名 _____

年 月 日

1. 現在の痛みの強さで、あてはまるものを下図より選んでください。



2. 本日、お薬のご要望はありますか？

- ①あり → 飲み薬・湿布・塗り薬（薬の名前： _____）
②なし
③医師と要相談
④処方のみ希望（薬の名前・希望の処方量などは

詳しく一番下の欄にご記入ください。最大4週間分までです）

3. 混雑状況により、他の医師の診察でも可能ですか？

可 ・ 不可

4. 他院からのデータや紹介状をお持ちの方、診断書や書類等の記入が必要な方は
診察前に受付にご提示ください。（あり ・ なし）

5. 女性の方へ 現在妊娠していますか？（はい ・ いいえ）

6. 診察時、医師に確認・質問したい事がありましたらご記入ください。

以上となります。ご回答いただきありがとうございます。