

## 再診問診票

記入日 年 月 日

フリガナ	
お名前	( 才 カ月)
ご住所	※ご住所、連絡先に変更がある方はご記入ください。 〒 -
電話番号	ご自宅： - - 携帯： - -

① 前回の受診から本日までの様子をご記入ください。

・皮膚の状態・症状の変化

良くなった / 変わりなし / 悪化した  
その他[ ]

・咳、鼻水など症状の変化

良くなった / 変わりなし / 悪化した  
その他[ ]

・最近かかられた病気はありますか？

はい [ 病名 ] いいえ

② 当院からの処方以外で服用・使用されているお薬（内服・軟膏・保湿剤・サプリメントなど）はございますか？

はい [ 薬品名・商品名 ] いいえ

③ 本日、ご相談したいこと、ご希望がございましたらご記入ください。

[ ]

ご協力ありがとうございました 木俣肇クリニック