

ID

ID

問診票(再診用・肛) 名前: _____ R 年 月 日

*本日は、右記のいずれをご利用されましたか?

健康保険証 マイナンバーカードの保険証

*マイナ保険証での受診の方にお尋ねします。あなたの診療情報(服薬歴、健診歴など)を当院が取得することに同意されましたか?

同意していない 同意した

*保険証の変更や住所・氏名の変更はありますか はい いいえ

1. 今日の受診の目的をおしえてください。

前回、受診するよういわれた 手術後の定期受診

薬がなくなったので、欲しい

症状がよくなったが、診て欲しい 症状があるので診て欲しい

2. 症状はいかがですか?

よくなっている 変わらない 悪くなっている

痛みがある 出血がある その他 ()

3. 処方希望する薬について

軟膏→ いない 欲しい

便秘の薬→ いない 欲しい

痛み止め(術後の方)→ いない 欲しい

その他 ()

4. 何か伝えたいことがあれば以下に書いてください。

[]