

No. _____

再診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな _____

生年月日

氏名 _____ 男・女 _____ 大・昭・平・令 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

住所 〒 _____ 市 _____

電話番号(連絡の取れる番号を必ずご記入ください) (_____)

体温 _____ °C (発熱症状ある方)

本日はどのような症状で受診なさいましたか、また症状はいつごろから始まりましたか。

症状 _____

時期 _____

その症状について他の医療機関に受診されましたか。 いいえ はい (病名、日時を具体的にご記入願います。) _____

女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか。 いいえ 妊娠中 可能性あり

ご協力ありがとうございました。