

問診表（再診）

平成 年 月 日

ID	
氏名	お子様の場合 体重 kg

● 前回受診時と比べて症状はいかがですか？

- 1.良くなった
- 2.変わらない
- 3.悪くなった

● 前回受診された箇所以外で新しく症状はありますか？

● 薬のご希望を聞かせください

- 1.お薬は必要ありません
- 2.前回と同じお薬を希望
- 3.お薬について医師と相談したい

● 今、受けられている治療で何かご質問があればお書きください

ご協力ありがとうございました。問診表を受付にお渡しください。

人形町耳鼻咽喉科めまいクリニック