

## 問診表（再診）

平成 年 月 日

|    |                 |
|----|-----------------|
| ID |                 |
| 氏名 | お子様の場合<br>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

● 今回の症状をお聞かせください

● お薬のご希望をお聞かせください

- 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