

円滑な診療のため太枠内は必ずご記入頂きますよう、ご協力お願い申し上げます。

記載日 年 月 日

【再診問診票】

スタッフ記入欄

最終採血: 月 日

お名前: _____

★診察室内で医師にお話したいことを事前にご記入下さい★

例) 日常生活の変化(睡眠・食事等)、仕事、薬、公的制度、診断書、治療方針など



◆本日受診に来られてる方はどなたですか？○をつけて下さい。

本人 / 配偶者 / 母 / 父 / 祖父母 / その他()

◆前回受診されてからの調子ではまる数字を○で囲って下さい。

良くなっている ←

悪くなっている →



1	2	3	4	5	6	7
とても	まあまあ	少し	わからない	少し	まあまあ	とても



◆睡眠はとれていますか？

→

・とれる

・まあまあ

・減っている

◆食事量に変化はありますか？

→

・増えている

・変化なし

・減っている

◆お薬の飲み心地はいかがでしたか？

→

・問題ない

・悪い

・処方なし

◆前回処方されたお薬について

→

・残薬なし

・残薬あり

薬について ※処方についてのご希望を具体的にご記入下さい。(残薬、副作用の有無、処方日数の調整、今回処方されるお薬について等)

※数日分の余りは予備としてお持ちいただくことをお勧めしています。

次回診察希望日 月 日 曜日 AM・PM 時頃

1週間後 2週間後 3週間後 4週間後

※再診のご予約は1ヶ月以内が基本です。調子が悪い方や来院されて間もない方は、1週間程度でのご予約をお勧めします。

医師/シュライバー確認欄

<input type="checkbox"/> 日数	<input type="checkbox"/> CGI-S	1 2 3 4 5 6 7
<input type="checkbox"/> 公費/公費外	<input type="checkbox"/> CGI-I	1 2 3 4 5 6 7
<input type="checkbox"/> 一包化	<input type="checkbox"/> 次回心理検査	SDS 復職 STAI()
<input type="checkbox"/> 残薬調整	<input type="checkbox"/> 次回採血	11番 15番 ()



こころとからだクリニック福井
KOKORO to KARADA CLINIC FUKUI