

再診問診票

① 当院のID を教えてください

② 御氏名 を教えてください

③ 年齢 を教えてください

_____ 歳

④ 電話番号（携帯等つながるもの）を教えてください

_____ - _____

⑤ 本日の体調を教えてください

発熱 あり _____℃ なし

よい ややよい ふつう ややわるい わるい

⑥ いつからどのような症状がありますか？

⑦ これから受ける診察に対するご希望があれば教えてください

⑧ 受診希望の日時があれば教えてください

_____月 _____日 _____時 _____くらい

ご連絡ありがとうございます

Mail: saisin@mie-enge.jp