

生年月日 年 月 日 : 名前

体温 度

- 定期受診の方は、次回の予約日のご希望をお聞かせください。

1. 月 日 1ヵ月後 月 日 2ヵ月後 月 日 3ヵ月後 月 日

2. 希望予約時間 時 分 3.未定のため Web または電話で予約

定期受診の方 (前回の続き、お薬、検査などで受診)

- 症状はいかがですか？

1. 良くなった (または安定)

2. 変わらない

3. 悪くなった

いつから : 症状 :

SpO2 : % PR :
BP / (右・左)

- 他に気になる症状はありますか？

定期受診以外の方 (風邪など、体調が悪く受診)

- いつから、どの様な症状ですか？

いつから :

症状 :

- 薬のご希望をお聞かせください (下欄に自由にお書き下さい)

1. 医師にお任せします

2. 薬を (減らす・変える・やめる) ことを希望

3. 他に処方してほしい薬がある (下欄に自由にお書きください)

- ビタミン点滴をご希望の方は、○を付けてください。

1. ビタミン B 2. ビタミン C 3. ビタミン B+ビタミン C

- CT 検査をご希望の方は、○を付けてください。

1. 胸部 CT 2. 頭部 CT (脳出血・副鼻腔炎)

※木曜・日曜・祝日は休診です。