

# 小児漢方内科 再診用 問診票

お名前 \_\_\_\_\_

- ◆ かかりつけ薬局を教えてください【 \_\_\_\_\_ 】
- ◆ 前回の受診時と比べていかがですか？

	よくなった		変わらない		悪くなっ
体調					
食欲					
睡眠					
排便					
心の状態					

- ◆ 以下の症状はありますか？ あてはまるものに○をつけてください

むくみ	動悸	舌のしびれ	胃もたれ	から咳	息切れ
倦怠感	不眠	尿量の減少	手のこわばり	発疹	

- ◆ 困っていることはありますか？

--

- ◆ 残っているお薬の量について教えてください

・残なし                      ・残あり      日分

次回受診希望日	第1希望	月	日	第2希望	月	日
---------	------	---	---	------	---	---