

小児用

小児漢方内科 再診用 問診票

お名前 _____

◆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		悪くなった
体調					
食欲					
睡眠					
排便					

◆以下の症状はありますか？

むくみ 動悸 舌のしびれ 胃もたれ から咳 息切れ

◆お薬を飲むときに困ったことはありますか？

◆本日相談したいことはありますか？

◆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 ()

→今回の処方で減らして欲しいものはあります

次回受診希望日