

保護者様 体温： _____ °C

感染症状：あり・なし

お子様 体温： _____ °C

感染症状：あり・なし

飛騨市こどものこころクリニック 再診用紙

この用紙は「言い忘れた」「聞き忘れた」ということが減り、患者さんにとって毎回の診察がより良い時間にするためのものです。
事前に必要な情報は、詳細にご記入をお願いします。 書ききれない場合は裏面等をご利用ください。

また、予約時間にはご案内ができますよう、ご自宅で記入されてからお持ちください。ご理解ご協力をお願いします。

診察日 年 月 日 患者氏名 _____ (記入者氏名 _____)

1. 今日相談したい報告・内容を教えてください。 ※ 必須

2. 前回診察からの様子で報告したいことを教えてください。(家・学校・園での様子、薬を飲んでの変化など)

3. 最近の睡眠 良 い ・ 悪 い (どのように?)

昨日の睡眠時間 (時間) (: ~ :)

4. 最近の食欲 あり ・ 普通 ・ ない 最近の便通 良 い ・ 悪 い 回数 (回 / 日)

5. 薬を処方されている方は、残っている数と今回の処方の希望の有無を記入してください。

薬の名前 ()・・・()錠 / ()日分 ⇒ 処方の希望 あり・なし

()・・・()錠 / ()日分 ⇒ 処方の希望 あり・なし

★ 次回予約の希望①～③があればご記入ください。なければ④に○をつけてください。

① 日にちの希望がある ⇒ 月 日 もしくは 月 日

② 希望の時間帯がある ⇒ 午前・午後 ⇒ 時 分以降 時 分まで

③ 希望の曜日(もしくは×の曜日)がある ⇒ 月・火・水・木・金

④ 特になし(予約がとれる日時に合わせられる)

※主治医の判断や予約の埋まり方によってはご希望に添えない場合があります。予めご了承ください。

クリニックホームページは
こちらからアクセス

