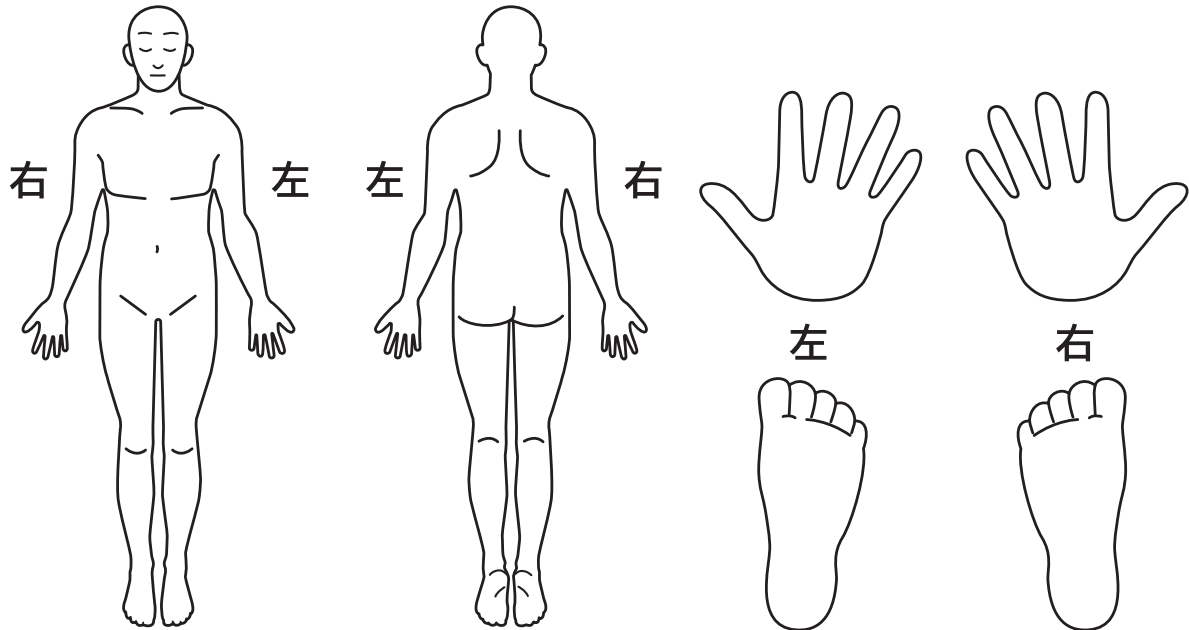


再診問診票 診察受付番号()

治療時の参考にいたしますので、お手数ですがご記入をお願いいたします。

1. 調子の悪い部位に○をつけて下さい。



腰痛(あり・なし)

下肢のしびれ(あり・なし)

2. お薬で体調に変化はございますか?

(ア) ない

(イ) 胃腸症状()

(ウ) 口内炎ができた

(エ) その他()

3. その他、院長にご相談されたい事やお聞きになりたいことがあればお書きください。

(ア) 風邪をひいた

(イ) 血圧が高い

(ウ) その他()

お名前()