

小児科リウマチ膠原病センター 再診予診票 <外来問診票>

電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください) Tel: _____

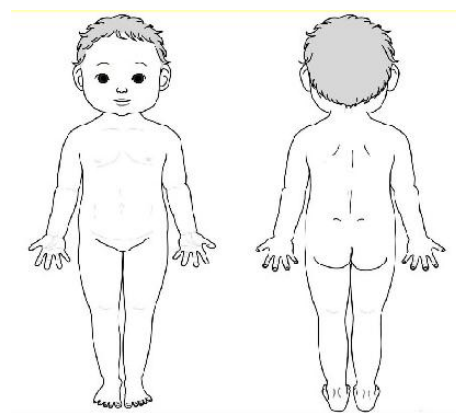
1. 前回の受診から本日までの間の様子をお聞かせください。

2. 担当医師に相談したいことをお聞かせください。

3. 気になる症状があればご記入ください。

(皮膚以外の症状)

(皮膚症状)



4. 次回の受診希望、本日必要な薬についてお知らせください。

()週間後 または ()カ月後 または ()月()日

13時30分頃 14時00分頃 14時30分頃 15時00分頃 15時30分頃

薬に関して (本日必要な薬 / 今回は必要ない薬 / 薬に関するご質問 など)