

再診の方への問診票

この問診票は次回来院時に保険証と一緒に受付へ提出お願い致します。

お名前	
症状、質問伝えたい事など	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり()
次回受診希望日時	<input type="checkbox"/> 希望日 月 日(時 分来院) <input type="checkbox"/> ウェブで予約 <input type="checkbox"/> 電話予約 <input type="checkbox"/> 医師と相談 <input type="checkbox"/> 希望なし
住所・電話番号の <u>変更のある方</u>	住所:〒 TEL:

※受診日当日にご自宅にて血圧と体重を測定いただき、ご記入お願い致します。

血圧	最高血圧 mmHg / 最低血圧 mmHg / 脈拍数 bpm
体重	kg
☆女性の方へ☆	現在月経中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(※月経中の方は尿検査ございません)
	現在妊娠中ですか? <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(出産予定日: 年 月 日)

さっぽろ糖尿病・甲状腺クリニック