

## 再診問診票

お名前： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

●本日はどうされましたか。該当項目にレ点を入れてください。

- プラセンタ注射の定期診察
- 継続処方（薬の種類と何日分か）
- 気になる症状がある  
（ \_\_\_\_\_ ）
- その他  
（ \_\_\_\_\_ ）

●症状の改善の有無、不正出血の有無、質問、先生へ伝えたいことなどお聞かせください。

[ \_\_\_\_\_ ]

●月経のある方は、一番最近の月経開始日はいつですか。 （ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から）

※ピル、メディカルダイエットの方は血圧と体重を測定し、用紙を持ってお待ちください

（1 番診察室の前に機械があります）