

外来問診票

診療をスムーズに行うため、以下にご記入下さい。

平成 年 月 日

フリガナ ()
お名前 () 歳) KT= °C

本日はどうなさいましたか？

その症状はいつからですか？ ()

その症状のために、薬を飲んだり、他院にかかったりしたことはありますか？
・はい ・いいえ

★特に診てほしい部位がある方は、下記に○印を付けて下さい。
胸部、腹部／首、背中、腰、お尻／肩、腕、肘、手、股、大腿、膝、スネ、足、
その他 ()

★ケガの方は、下記に○印を付けて下さい。
交通事故 工作中的ケガ(労災) その他

★海外渡航歴の有無 (1ヵ月以内)
(なし ・ ある⇒ 場所.....いつまで.....)

薬や食べ物で過去にアレルギーがでましたか？(造影剤、抗生剤、蕎麦など)
・はい (⇒何ででましたか？)
・いいえ

普段から内服している薬があれば、わかる範囲でご記入下さい。

今までに病気にかかったことがありますか？○印を付けて下さい。
・ある(心臓病、高血圧、糖尿病、貧血、喘息、胃潰瘍、肝臓病、前立腺肥大、
緑内障、リウマチ、交通事故、手術、その他 ()
・ない

喫煙の有無
(有 ⇒ 1日.....本..... 無)

飲酒の有無
(毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない)
※毎日飲む方のみ、飲酒日の1日あたりの飲酒量
(種類: 量:)

女性の方にお聞きします。
・妊娠の可能性は (ある ・ ない) ・授乳していますか？(している ・ していない)

この枠内は職員の記入欄ですので記入しないで下さい
内 (1診 2診 3診 6診 22診 38診) 循 心外 呼 外 整 腎 形 救