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。

令和 年 月 日

フリガナ ()
お名前

KT= (歳) °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 ○印を付けて下さい。

吸わない ・ 吸う ・ 以前吸っていた

1日 () 本 喫煙年数 () 年 ★以前吸っていた方は当時の数をご記入下さい。

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