

問診票 (外科系)

体温:()℃

フリガナ			○をつけて下さい 男 ・ 女
お名前			
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日()歳	
住所	〒		
	Tel:[自宅] ()	[携帯] ()	
勤務先	Tel: ()		

※診察を円滑に行うため、以下の質問に可能な範囲でご記入ください※

●診察希望の科目に○をしてください。

皮膚科	整形外科	フットケア外来
-----	------	---------

●症状のある部位はどこですか？右の絵に○で印をつけて下さい。

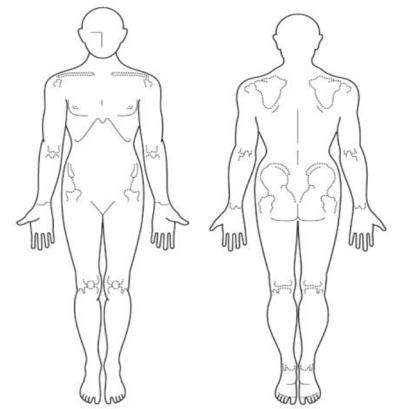
●どのような症状ですか？ あてはまる症状に○をつけてください。

痛み かゆみ しびれ 腫れ その他 _____

●いつ頃からですか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から

●思い当たる原因はありますか？あてはまるものに○をつけてください。

交通事故 仕事中 その他 _____



●現在、他の病院・診療所に通院されていますか？

なし あり 病院名: _____ 病名: _____ ※紹介状 あり なし

●今までに治療を受けたことのある病気や、治療中の病気があれば○をつけ、いつ頃かを()にご記入ください。

喘息()歳頃 肺炎()歳頃 高血圧()歳頃 腎臓病()歳頃

糖尿病()歳頃 心臓病()歳頃 脳卒中()歳頃

その他(病名: _____ 歳頃)

●今までに手術や輸血の経験はありますか？

なし あり 病名: _____ いつ頃: _____

●現在服用している薬はありますか？ なし あり 薬品名: _____

●アレルギーはありますか？ある場合はその名前を記入してください。

薬品: なし あり() 食べ物: なし あり() その他()

●たばこ 吸わない 吸う(1日 _____ 本、約 _____ 年間) 過去に吸っていた

アルコール 飲まない 飲む(種類: _____、 _____ 杯、毎日 時々 月2~3回

●女性の方へ 妊娠している可能性は？ なし あり 授乳中ですか？ はい いいえ