

外來問診票

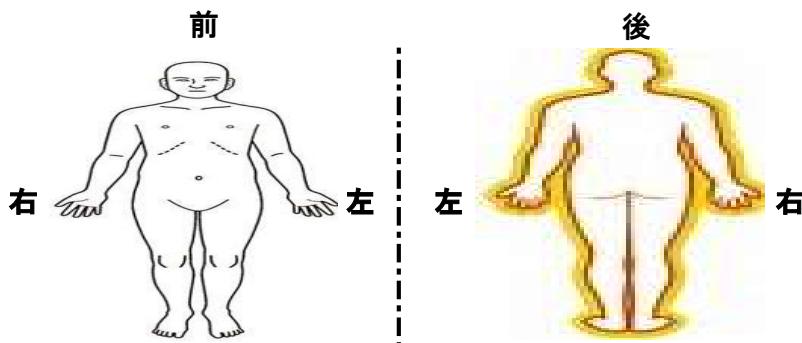
氏名(

) 年齢()

① 今の症状をお聞きします。詳しくお答えください。

(例：4月1日に、右足をひねった。)

本日診察してほしい場所を囲んでください。



(当院来院のきっかけ)

• 平日午前中受診 可

② 当てはまる原因にチェックを付けてください。

- 交通事故 仕事中 スポーツ 転倒・転落
 その他 () 不明

③ 今回の症状で他院にかかりましたか？ (有 · 無)

病院名	
いつ頃	
診断名	

④今までにかかった病気または現在治療中の病気はありますか？（有・無）

- 糖尿病 高血圧 貧血 泌尿器疾患
 心疾患 脳疾患 () 呼吸器疾患 ()
 婦人科系疾患 () その他 ()

⑤ 今までに手術を受けたことがありますか？（有・無）

(部位: いつ頃:)

⑥薬や食べ物でアレルギーはありますか？（喘息・花粉・金属・他：）

（有）（無） → （）
（有）（無） → （）

⑦ 現在、飲んでいるお薬はありますか？（有・無）
下の（ ）内に記入してください。またおくすり手帳をお持ちの方は、一緒に添えてください。

()

⑧ 本日の交通手段に○してください。

(自家用車(本人運転・家族運転) バス タクシー 他())

⑨ 女性の方にお聞きします。現在、妊娠または授乳をしていますか？（有・無）