

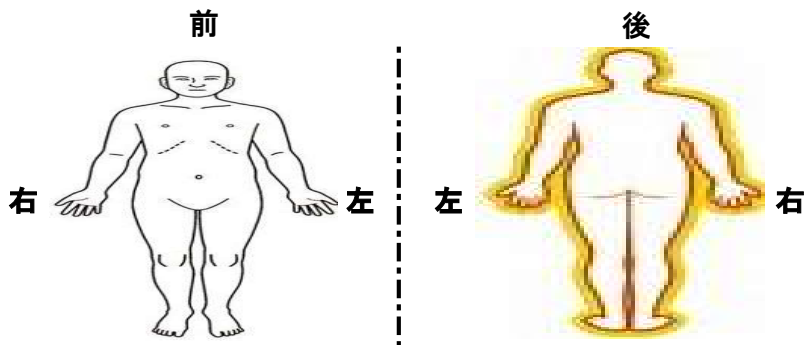
外 来 問 診 票

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:)

薬 (有 ・ 無) → ()
食品 (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)

問診は以上になります。ありがとうございました。