

外来問診票

平成 年 月 日

フリガナ 氏名	男・女 (生年月日：T・S・H 年 月 日 歳)	自宅 携帯 職場連絡先	() () ()
住所	〒 -		
身長：	cm	体重：	kg
会社名：			ご職業：

【下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください】

- 本日は紹介状をお持ちですか？ なし あり
- 本日はどうなさいましたか？（具合の悪いところを具体的に記入してください）

・ それはいつからですか？ 約 _____ 頃 から

- 今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？
いいえ はい（ 年 月 日から 病院名： _____ ）

- 今までにかかった病気・治療中の病気についてご記入下さい

（ _____ ）

*お薬手帳をお持ちであれば、提出してください

お薬手帳をお持ちでなければわかる範囲で薬名をご記入下さい（ _____ ）

- 今までに手術の経験はありますか？ なし あり（ 歳頃）（病名： _____ ）
- 薬のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）
- 食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり（ _____ ）
- 飲み薬・注射薬で具合が悪くなったことがありますか？ なし あり（ _____ ）

- 感染症の有無をお聞かせ下さい

B型肝炎 C型肝炎（治療中 あり・なし） 梅毒 不明

- 輸血を受けたことはありますか？ いいえ はい（ 歳頃）

- たばこ 吸わない 吸う（1日 本 年前～） 過去に吸っていた（ 年前）

- アルコール 飲まない 過去に飲んでいて

飲む（種類： _____ を 杯 毎日 時々 月に2～3回）

- 最終の健診についてお聞かせください（いつ頃： _____ ）

- 女性の方へ

* 妊娠している可能性は？ ない ある（ ヶ月） 可能性あり

最終月経は？（ 月 日） 閉経している（ 歳頃）

現在授乳中ですか？ いいえ はい（ ヶ月）

現在生理中ですか？ いいえ はい

- * 当院を何でお知りになりましたか？

- ・ 知人の紹介（ _____ ）
- ・ 通行道
- ・ パンフレットで
- ・ インターネットで
- ・ 看板（駅看板 其他看板）
- ・ その他（ _____ ）

