

# 外来問診票

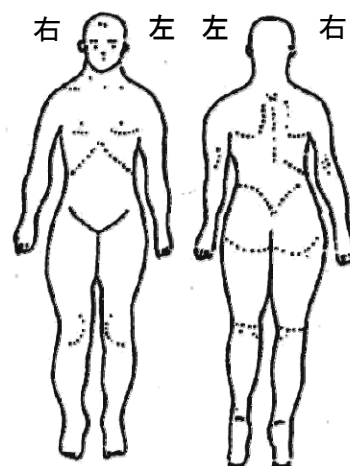
ID : \_\_\_\_\_ 身長( ) cm 体重 ( ) kg

記入日 平成 年 月 日	受診科 外科 脳外 心外 泌尿器科 皮膚科 形成外科 循環 内科 消内 総合診療科 整形外科
ふりがな お名前	男 様 女 電話番号 ( ) 携帯電話 ( )
生年月日 明治 大正 昭和 平成 年 月 日	歳
住所 〒 _____	職業 _____
緊急連絡先① 氏名: (続柄) _____	電話番号: ( ) _____
緊急連絡先② 氏名: (続柄) _____	電話番号: ( ) _____

★ どのような症状で受診されますか？

[ \_\_\_\_\_ ]

交通事故  
仕事中のけが  
通勤中のけが



★ その症状はいつ頃からですか？

[ \_\_\_\_\_ ]

★ 現在、治療中の病気や服薬中の薬はありますか？

病名 : \_\_\_\_\_ 医療機関名 : \_\_\_\_\_  
お薬の名前 : \_\_\_\_\_

★ 今までに大きな病気や入院、手術をしたことがありますか？

\_\_\_\_\_ 歳 病名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ ( 通院・入院・手術 )  
\_\_\_\_\_ 歳 病名: \_\_\_\_\_ 医療機関名: \_\_\_\_\_ ( 通院・入院・手術 )

★ お薬のアレルギーはありますか？      ない      ある (薬剤名: \_\_\_\_\_)

★ ほかにアレルギーはありますか？      ない      ある ( \_\_\_\_\_ )

★ 喫煙してますか？      いいえ      禁煙後 \_\_\_\_\_ 年      はい      本/日 \_\_\_\_\_

★ アルコールは飲まれますか？      いいえ      はい      1日の量は \_\_\_\_\_

★ 女性の方にお聞きします。

現在、妊娠中ですか？      はい      いいえ      わからない      授乳中である