

問 診 表



ふりがな.....

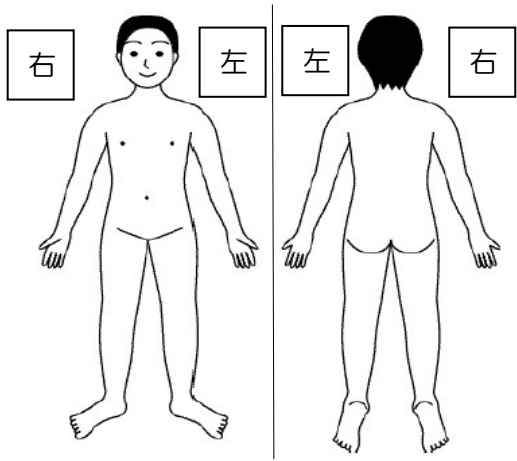
氏名 _____ 男・女 明・大・昭・平・令 _____ 年 月 日生まれ

〒 _____ 住所 _____ 職業 _____

携帯電話番号 () _____ 自宅電話番号 () _____

緊急時連絡先 () _____ (ご関係 息子・娘・父・母・その他親族・民生員)

▼ 本日はどこの具合悪くて診察に見えましたか？
症状 (痛み・しびれなど)・部位をお書き下さい



.....
.....
.....
.....

右図のその箇所に○印をしてください

▼ いつ頃から症状が出ましたか？ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日頃より ・ 不 詳

▼ 何か原因で思い当たることがありますか？

▼ お仕事中または通勤途中のケガや交通事故ではありませんか？
どちらでもない ・ 仕事中 ・ 通勤途中 ・ 交通事故 (いつ _____ 月 _____ 日)

▼ 今回の症状に対して、どちらかの医療機関で治療されたことがありますか？
有 ・ 無 / (いつ _____ どこで))

▼ 今かかられている病気や他のケガ、手術の既往などがありますか？
有 ・ 無 / (それは何ですか？喘息・胃潰瘍・糖尿病)

▼ 現在服用中のお薬がありますか？
有 ・ 無 / (薬剤名 ワーファリン)

▼ アレルギーはありますか？ (薬や麻酔で気分が悪くなったことがありますか？)
有 ・ 無 / (何のアレルギーですか？))

▼ 女性の方のみ：妊娠中または妊娠中の可能性はありますか？ / 授乳中ですか？
有 ・ 無 (妊娠.....週) / 授乳中

▼ この医院を何でお知りになりましたか？ ○をつけてください (複数回答可)

- | | | |
|------------|----------------|----------------------------|
| 1. 家族・知人から | 2. 通りの看板 | 3. 以前当院にかかっていた (_____ 年前) |
| 4. 他院からの紹介 | 5. インターネット | 6. 電柱看板 |
| 7. 電話帳 | 8. その他 (.....) | |