

# 問 診 票

年 月 日

氏名	ふりがな	住所	〒	
	男・女			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	電話	自宅	
			携帯	

以下の項目について、○で囲むもしくはご記入下さい。

- 受診希望科 ( 形成外科 外科 整形外科 脳神経外科 内科 皮膚科 )
- 受傷原因 ( 業務中 通勤途中 交通事故 第三者行為 学校 不明 その他: )
- 本日はどうなさいましたか？

- 
- いつからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から
  - 上記の症状で他の病院を受診されましたか？  
・いいえ                      ・はい (医療機関: \_\_\_\_\_ )
  - 現在治療を受けている病気はありますか？  
・いいえ  
・はい → ( \_\_\_\_\_ )
  - お薬手帳をお持ちですか？ ( はい ・ いいえ ・ 持っているが忘れた )
  - 現在服用中の薬はありますか？ (お薬手帳を持参されている場合は窓口に提出してください)  
・いいえ  
・はい → ( \_\_\_\_\_ )
  - 今まで大きな病気・外傷をしたことがありますか？  
・いいえ  
・はい → ( \_\_\_\_\_ ) いつ頃 (約 \_\_\_\_\_ ヶ月前 / 約 \_\_\_\_\_ 年前)
  - 今まで大きな手術をしたことがありますか？  
・いいえ  
・はい → ( \_\_\_\_\_ ) いつ頃 (約 \_\_\_\_\_ ヶ月前 / 約 \_\_\_\_\_ 年前)
  - 今まで薬や注射でアレルギーが出たことがありますか？  
・いいえ  
・はい → ( \_\_\_\_\_ )
  - たばこ: 吸わない・過去に吸っていた・現在も吸っている: \_\_\_\_\_ 本 / 1日
  - 酒: 飲まない・飲む: 毎日・週 ( \_\_\_\_\_ ) 回
  - 妊婦の可能性: あり ・ なし                      授乳中: はい ・ いいえ
  - 介護認定を受けていますか: はい ・ いいえ