

外来問診票

ID 番号 ()

(ふりがな) 氏 名	() 様 (男・女)
生 年 月 日	(明治・大正・昭和・平成) 年 月 日生 (歳)
住 所	〒 電話番号 () -
勤 務 先	
勤 務 先 住 所	〒 電話番号 () -

診断、治療を円滑に行うために現在の症状、治療についてお尋ねします。

下記の項目にご記入ください。

本日 診察を希望されている症状は いつから始まりましたか？
〔 年 月 日頃から 〕

現在どのような部分の症状でお困りですか？あてはまる にチェック
をしてください。

部位	右	左	両方
症状	ひざの痛み		ひざが腫れている
	足首の痛み		足首が腫れている
	腰の痛み		足の痛み しびれがある
	首の痛み		手指 うでのしびれがある
	その他		症状を記入してください

〔 〕

何をして症状が出てきましたか？

〔 〕

この症状でほかの病院を受診されましたか？ (はい・いいえ)

『 はい 』の方はご記入ください

病院名 ()

治療法 ()

現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)

『 はい 』の方はご記入ください

病名 ()

薬を飲んでいる方は 内容を教えてください

()

血液をサラサラにする薬を飲んでいますか？ (はい・いいえ)

『 はい 』の方はご記入ください

薬の名前 ()

以前に治療した病気、ケガや 受けた手術がありますか？

いつ ()

病名 ()

薬 食べ物で具合が悪くなったことはありますか？ (ある・ない)

『 ある 』の方はご記入ください

薬 ()

食べ物 ()

現在、定期的に続けている運動はありますか？ (ある・ない)

『 ある 』の方はご記入ください

何を ()

週に何回位 ()

一回何時間位 ()

どの位の期間続けていますか？ ()

~

ご協力ありがとうございました

~

この問診票は、診察、治療以外の目的には使用しません。
後ほど看護師よりお話を伺いますので、ロビーにかけてお待ち下さい。