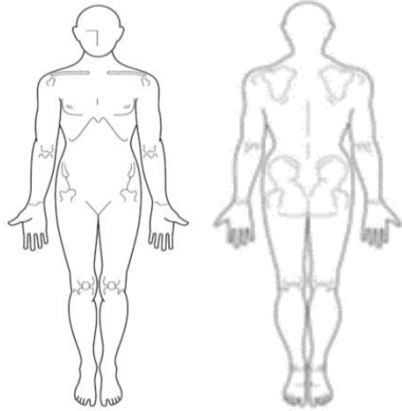


問診票（外科系）

記入日 年 月 日

体温 ℃

フリガナ			男 ・ 女
お名前			
生年月日	昭和 ・ 平成 ・ 令和	年 月 日	歳
ご住所 〒			
電話番号	自宅	携帯電話	

<p>1. 本日はどのようなことで来院されましたか？ 痛みやケガなどのご症状があれば 右の絵に○をつけてください。</p> <div style="text-align: right;">  </div> <p>・ 症状はいつからですか？（ 年 月 日から）</p> <p>・ その症状で他の病院で診察を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ）</p> <p>・ 診察を受けられた方へ。その医療機関はどちらですか？（ ）</p>	
2. 現在、治療中の病気はありますか？	はい（ ） いいえ
3. 現在、お薬を飲まれていますか？	はい（ ） いいえ
4. 大きな病気や手術の経験はありますか？	はい（ ） いいえ
5. アレルギーはありますか？	はい（薬： 食べ物： ） （その他： ） いいえ
※女性の方へ 現在妊娠中、または授乳中ですか？	いいえ ・ 妊娠中 ・ 授乳中

◆ 当院をお知りになったきっかけに○をつけてください。			
ご家族・友人の紹介	インターネット	ヘルチェックからの紹介	他院からの紹介
自宅や職場から近い	その他（ ）		

◆ お薬手帳をお持ちでしたら診察時にお出してください

◆ 紹介状や健診結果をお持ちでしたら受付にお出してください