

外科問診票

(ふりがな)

お名前

性別: 男・女

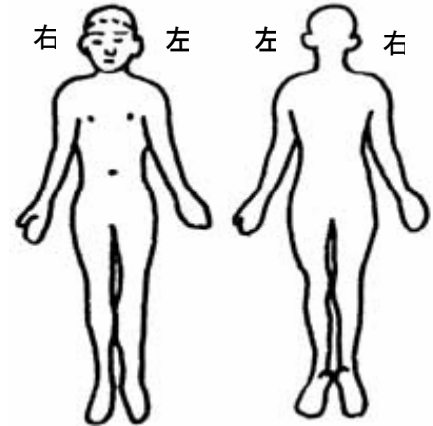
年齢()歳

※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

- 1, 紹介状はお持ちですか はい (当院・他院)
 いいえ

- 2, 診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください →



- 3, どうされましたか
 しこり できもの 痛み 傷
 その他 ()

- 4, その症状はいつからですか
月 日 頃から

- 5, 考えられる原因はありますか
 ない
 ある ()

- 6, 塗り薬・飲み薬・注射などで何か症状が出たことがありますか
 ない
 ある ・どんな薬(注射) ()
・どんな症状 ()

- 7, 今までにかかったことのある病気がありますか
 ない
 ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病
 その他 ()

- 8, 下記の薬をのんでいますか
 ない
 ある → 心臓の薬 血をかたまりにくくする薬

- 9, 今までに受けた手術がありますか
 ない
 ある ()

※ 小学生以下の方のみご記入ください

- ・体重 () kg
・最近受けた予防接種 ない ある 種類 ()
時期 (年 月 日)

※ 女性の方のみご記入ください

- ・現在妊娠中ですか はい いいえ
・現在授乳中ですか はい いいえ