

外科問診票

(ふりがな)

お名前

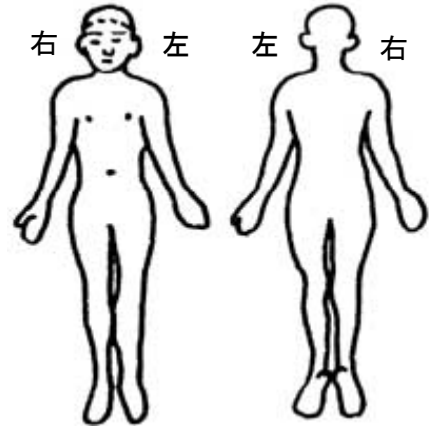
性別: 男・女

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 ()

- ※ 介護保険の申請をして認定を受けたことがありますか
 いいえ はい → 要介護 (1・2・3・4・5) 要支援 (1・2) 申請中

- ※ 小学生以下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