

外来問診票

ふりがな

氏名 _____ (男・女) 生年月日 西暦 _____ 年 月 日 (歳)

住所 _____

携帯番号 _____ 固定電話番号 _____

・今日はどんな症状で受診されましたか？

症状：.....

.....

いつから？：.....

.....

・現在、他の病院に通院していますか？

いいえ・はい 病名：.....

病院名：.....

処方薬（お薬手帳のある方は記入不要です）：.....

歯科通院 あり・なし 眼科通院 あり・なし

・これまでに手術歴や大きな病気はありますか？

いいえ・はい： 病名・時期など（.....

.....）

・これまで健康診断や人間ドックで何か指摘されたことはありますか？

いいえ・はい：.....

・アレルギーはありますか？

いいえ・はい：食べ物（.....）薬（.....）

ある方は症状：.....

・これまでに喘息やアトピー性皮膚炎、花粉症はありましたか？またはありますか？

いいえ・はい：.....

・お酒は飲みますか？

いいえ・はい： 1日あたり何を（.....）（.....杯くらい）1週間に（.....日）

・タバコは吸いますか？

いいえ・吸っていたがやめた・はい： 1日.....本くらい.....歳から.....歳まで・現在

・女性の方にお聞きします

妊娠の可能性はありますか？はい・いいえ・妊娠中.....授乳中ですか？はい・いいえ.....

・当院をどのようにお知りになりましたか？ 紹介（友人知人・医療機関）・近所・ホームページ・他

ご記入ありがとうございました。身体測定・血圧測定をして呼ばれるまでお待ちください。