問　診　票

内

受診日　　年　　月　　日（　　）	
ふりがな お名前　　（　　）歳	紹介状 あり　・　なし

1.　本日受診される科を〇で囲んで下さい。　外科（肛門科）　内科　整形外科

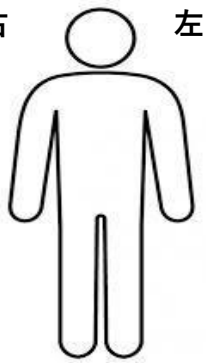
2.　現在、施設に入所されている方は施設名をお書き下さい。（　　）

付き添いの方は、本人との続柄をお書き下さい。　（　　）

3.　いつからどのような症状があるかを<u>くわしくお書き下さい</u>。

具合の悪い所に〇をして下さい

右　左



いつから（　　）日前から

症状

＊1ヶ月以内に海外より帰国された方は国名を記入して下さい。　国名（　　）

4.　現在治療中の病気はありますか　いいえ・はい

はいの方は病名を〇で囲んで下さい	心疾患　高血圧　糖尿病　肝臓疾患　脂質異常症　緑内障　前立腺肥大 結核　ペースメーカー埋込み　その他（　　）

5.　現在飲んでいる薬はありますか　いいえ・はい

はいの方は<u>本日</u>お薬手帳を持って来てますか　いいえ・はい

6.　薬のアレルギーはありますか　いいえ・はい→　薬品名（　　）

食べ物でアレルギーはありますか　いいえ・はい→　食品名（　　）

7.　今までに手術を受けたことがありますか？　いいえ　・　はい

はいの方　いつ頃（　　）　病名　（　　）

8.　嗜好品　お酒　飲まない　飲む　（1日　合）

たばこ　吸わない　吸う　（1日　本　年間）以前吸っていた（1日　本　年間）

9.　女性の方への質問です。

現在妊娠していますか　いいえ・はい　→（　　）ヶ月

現在妊娠の可能性はありますか　いいえ・はい→最終月経（　月　日）

現在授乳中ですか　いいえ・はい

※　空欄のないようにご記入下さい。

※　<u>記入されましたら、受付にお出しください。</u>