

問 診 票

平成 年 月 日

氏名 _____ (男 ・ 女) _____ 才

本日の体温 _____ 度

*受診を希望する科を選んでください。

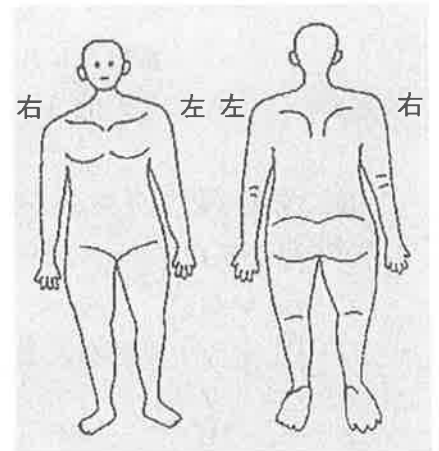
内 科 循環器内科 外 科 胸部外科 脳神経外科
整形外科 皮 膚 科 泌尿器科 眼 科 小 児 科

*本日は他病院・医院からの紹介状をお持ちですか (ある ない)

*いつ頃から _____ (日・週・ヶ月・年) 前から

どこがどのように悪いのか、症状をお書きください。

(悪くなったきっかけ、その原因もお書きください)



悪いところを○で囲んでください

*1か月以内に海外への渡航歴がありますか

ない ある → どこへ ()

*現在、治療している病気がありますか

ない ある (肝臓病 心臓病 高血圧 腎臓病
糖尿病 喘息 結核 その他 _____)

*今までに、大きな病気・手術をしたことがありますか (ある ・ ない)

_____ 才 : 病名 _____

_____ 才 : 病名 _____

_____ 才 : 病名 _____

*嗜好品 アルコール (種類) _____ を (1日) _____ ml (週) _____ 回

たばこ (1日) _____ 本を _____ 年間

*女性の方へ

・現在、妊娠していますか している していない わからない

・最終月経 (生理) は、いつですか () 月 () 日より () 日間

・妊娠している可能性がありますか ない ある

