

外来問診票 (月 日記入)

職員記入欄(:)

ふりがな		男・女		整形外科・内科
お名前			歳	

紹介状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	画像データ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
お仕事内容	<input type="checkbox"/> 立ち仕事 <input type="checkbox"/> 事務 <input type="checkbox"/> 力仕事 <input type="checkbox"/> 運転手 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()				

今日どのような症状がありますか？	症状のある場所に印をつけてください
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> しびれる <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 動きにくい <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 発熱(°C) <input type="checkbox"/> その他(例:手術希望・入院希望など) ()	
その症状はいつ頃からありますか？ 以下の当てはまるところに記入して下さい	
<input type="checkbox"/> 年 月 日頃から <input type="checkbox"/> 歳ごろから <input type="checkbox"/> (年・月・週)前から	
今回の症状で他の病院を受診されましたか？	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 病院名()	

裏面の記入もお願いします →

職員記入欄(15歳以下は体重確認 kg)

現在治療中の病気がありますか？ (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)			
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患(脳梗塞 ・ くも膜下出血など)	
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (最近のHbA1c: _____、インスリン注射など)		<input type="checkbox"/> 甲状腺	
<input type="checkbox"/> 心臓病 (狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 心臓カテーテル ・ ペースメーカーなど)			
<input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/>			
かかりつけの病院はどこですか？ どの病院で薬をもらっていますか？			
病院名 ① (_____)			
② (_____)			
③ (_____)			
今まで入院・手術をされたことはありますか？ (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)			
①	年	月(_____ 歳)頃	病名 (_____) 病院名(_____)
②	年	月(_____ 歳)頃	病名 (_____) 病院名(_____)
アレルギーはありますか？ (<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)			
薬 (_____)		食べ物 (_____)	
金属 (_____)		その他 (_____)	
※食べ物好き嫌いではなく、食すと体調を崩してしまうなどの変化がみられるものです。			
女性の方へ。現在妊娠している可能性がありますか？			
(<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)			
嗜好についてお尋ねします。			
・ 飲酒 : 主に飲むお酒の種類は？(_____)		量 :	本 ・ 合 ・ ml/日
・ 喫煙 :		本/日	喫煙歴 : _____ 年くらい
この1年間で特定健診を実施しましたか？(<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有)			
実施時期 (_____ 年 _____ 月 _____ 日)		指摘事項等(_____)	
医師に聞きたいことや伝えたいことがあったら記入して下さい。			

ご記入ありがとうございました。

参考までにお聞きします。本日当院を選ばれた理由を教えてください。

- ① 家族・知人に勧められて (_____ 様)
- ② ポームページを見て、検索してなど
- ③ 以前から知っていた
- ④ 近いから
- ⑤ 評判が良いから
- ⑥ その他 (_____)