

問診票 <<外科>>

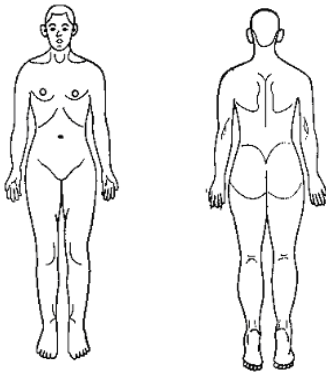
ID : _____

平成 年 月 日

フリガナ	性別	男 ・ 女	
ご氏名	↓女性（成人）の患者様へのご質問（○で囲んで下さい）		
	妊娠の可能性は、ありますか？ あり ・ なし	妊娠中	授乳中
生年月日：大正・昭和・平成 年 月 日（ ）才	中学生以下のお子様→	体重：	Kg
小学生以下のお子様へのご質問⇒	保育園、幼稚園に通っていますか？いいえ・はい（施設名： ）		
住所：〒 - 区・市・郡			
TEL：（ ）	携帯番号：（ ）		
職業：			

◇問 1. 本日はどのようなケガで来院されましたか？

また、下の図に症状のある部位を○で囲んで下さい。



- | | |
|------------|----------|
| 1) 熱をもっている | 4) しびれる |
| 2) 痛みがある | 5) ひねった |
| 3) ケガをした | 6) はれている |

(その他)

※上記の症状について、他院に受診しましたか？ いいえ・はい（病院名： ）

◇問 2. 症状はいつごろからありますか？ [・今日から ・ _____日前から ・それ以外 頃]

◇問 3. 今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？

いいえ・はい [病名：]

[手術：]

◇問 4. 現在何かの病気で治療を受けていますか？

いいえ・はい [病名：]

→常用しているお薬をご記入ください []

お薬手帳をお持ちでしたら、問診表と一緒にお願いします。

→服用しているサプリメントがあればご記入ください []

◇問 5. ・薬や注射などの過敏症（アレルギー）はありますか？

いいえ・はい [薬名： 食物： その他：]

◇問 6. 当クリニックをお知りになったきっかけは何ですか？

・ご家族 ・知人の紹介（ご紹介者名)

・他・医療機関からの紹介 ・近所に在住 ・ホームページ ・インターネットで検索 ・広告

・以前、院長又は、副院長に診てもらったことがある ・ポルタ内にお勤めしている

・その他 ()

*** えのもとファミリークリニック ***

ご記入ありがとうございました。
待ち時間、ショッピングモールなど、外出された
い方は、ご遠慮なくお申し出ください。