

外来新患問診表

お名前 _____ 男・女 生年月日 大・昭・平 年 月 日(才)
利き手(右・左) 身長 _____ cm 体重 _____ kg 職業(職種) _____

① 今日はどういたしましたでしょうか？(部位とその症状をご記入下さい)

いつからですか？(_____)
原因は？・工作中・通勤通学または帰宅途中・交通事故・その他(_____)

② 今までに同じようになったことはありますか？

いいえ・はい _____回

③ この度の症状で、他院で治療を受けましたか？

いいえ・はい 医院名 _____ 治療内容 _____ 紹介状(あり・なし)

④ どんなスポーツをしていますか？していましたか？(_____) 内科、既往疾患チェック

なし

⑤ 現在も含め、今までに病気、ケガ、手術または入院の経験はありますか？

いいえ・はい 病名 _____ いつ頃 _____ 心疾患

① _____ ① _____ 糖尿病

② _____ ② _____ 喘息

③ _____ ③ _____ 胃潰瘍

高血圧

⑥ 現在飲んでいる薬はありますか？ (お薬手帳があれば提示下さい) 脳外科疾患

いいえ・はい 薬品名 _____ 他 _____

⑦ 薬、麻酔(歯科など)のアレルギー・過敏症はありますか？ いいえ・はい _____

食物のアレルギーはありますか？ いいえ・はい _____

⑧ 女性の方へ

妊娠している可能性は？ ない・ある(W)

授乳中ですか？ いいえ・はい

⑨ ここ一週間以内に発熱、下痢症状などありませんか？ (インフルエンザ・ノロウイルスなど)

ない・ある

いつから _____ 症状 _____

家族(同居)の方に同じ症状はありますか？ ない・ある 誰に _____

⑩ ここ1ヶ月以内に、海外渡航しましたか？ (家族(同居)も含めて) いいえ・はい

いつ、どちらへ _____