

外来受診問診票

フリガナ				性別	身長・体重
氏名				男 女	cm・ kg
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	歳
住所	〒 —				
固定電話	勤務先				
携帯番号	勤務先電話番号 職業				

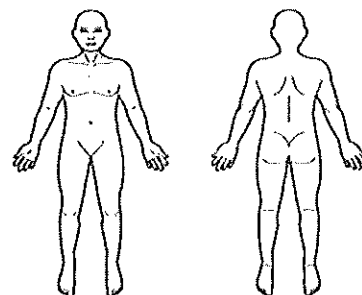
① どのようなご症状ですか？

痛み・腫れている・しびれる・傷がある・違和感がある・その他()
部位:

② いつ頃から症状がありますか？ 年 月 日頃～

③ ご症状のきっかけは何ですか？

原因不明・作業中・転倒・転落・ぶつけた・ひねった
切った・交通事故・仕事中
その他:



④ この度の症状で、他院で治療を受けましたか？

いいえ・はい (受診先: 受診日: 紹介状 有・無)

⑤ 現在通院中又はかかれた病気があれば○をつけてください。

高血圧・糖尿病・脂質異常症・喘息・じんましん等のアレルギー・骨粗鬆症・肝臓疾患
心臓疾患・肺の病気・腎臓疾患・その他:()
医療機関名:()

⑥ 現在飲んでいるお薬はありますか？

いいえ・はい (お薬名:)

⑦ 現在までにお薬や食べ物でアレルギーやショックになったことはありますか？

いいえ・はい (具体的に:)

⑧ 現在までに、病気・怪我で手術又は入院したことがありますか？

いいえ・はい(いつ頃: 病名:)

⑨ お酒・タバコについてお伺いいたします。

① お酒 飲まない・ときどき・毎日→飲酒量: 本/ml ②タバコ 吸わない・吸う(1日 本程度)

⑩ 女性の方にお伺いします 現在: 妊娠中・授乳中・いいえ

⑪ マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？ はい・いいえ

・当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。