

お名前(カタカナで可)

◇西岡第一病院

希望医師

生年月日

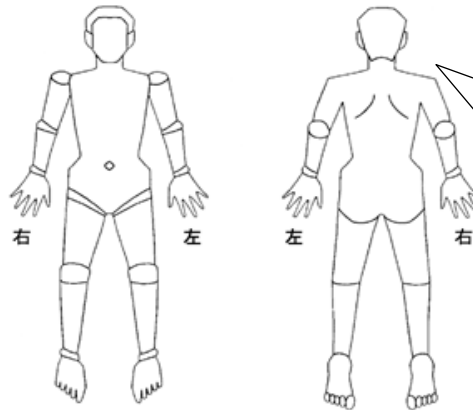
T・S・H・R 年 月 日生

才

整形外科問診票◇

① どのような症状ですか

- 痛み はれている 熱感 傷
 力がはりにくい しびれ
 その他()



② いつからの症状ですか

年 月 日ころ

③ 症状を発症したきっかけはありますか？あてはまるものすべてに してください

- スポーツ中 工作中 転倒・転落 生活動作の最中 交通事故
 その他 [詳細をわかる範囲でご記載ください]

④ この症状で治療を受けるのは 初めて 以前当院であり 他院であり

⑤ 治療している病気はありますか (過去に治療し現在は完治しているものも含めて)

- なし 高血圧 心臓病 脳疾患 喘息 肝臓病 糖尿病
 肺疾患 上記以外の疾患()

⑥ 手術歴はありますか なし あり()

⑦ 現在お薬は飲んでいますか はい (お薬手帳を提出してください) いいえ

⑧ アレルギーはありますか なし わからない アルコール製剤 ヨード 薬() 食べ物() 金属 ラテックス その他

⑨ 女性の方にお聞きします 妊娠していない 妊娠している どちらともいえない 授乳中

⑩ その他、ご要望はありますか()

さしつかえなければご回答ください

【現在行っているスポーツ: 】 【所属しているチーム、学校: 】 【職業: 】
【来院のきっかけ: ①紹介(学校・他病院・知人) ②近所 ③新聞・インターネット】

個人情報に関して

診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載下さい。
なお、未成年者は保護者のお名前をご記載下さい。

※記載後外来の問診票入れに入れてください。

[]

【内科外来問診票】

氏名 (カタカナで可)

男・女 才

生年月日 T・S・H・R

年 月 日

・いつからどのような症状がありますか。

年 月 日頃より

発熱

・発熱のあるかた 最近海外旅行をされましたか。 (はい ・ いいえ)

頭痛 のどの痛み 咳 鼻水

下痢

腹痛

嘔吐

嘔気

胸痛

不整脈 息切れ むくみ

その他

・水分はとれていますか。 (はい ・ いいえ)

・食事はとれていますか。 (はい ・ いいえ)

・現在治療している病気はありますか。 (はい ・ いいえ)

心臓病 脳疾患 糖尿病

高血圧 胆・肝・膵疾患 肺疾患

喘息

その他の病気

・その病気はいつから、どこの病院にかかっていますか。

・アレルギーはありますか。

なし わからない アルコール製剤

薬 食べ物 () 金属 ラテックス その他

・女性の方にお聞きします。 妊娠していない 妊娠している

どちらともいえない 授乳中

診療内容のお問い合わせに関して、話しても良い方のお名前をご記載ください。

なお、未成年者は保護者のお名前をご記載ください

()