

問 診 票

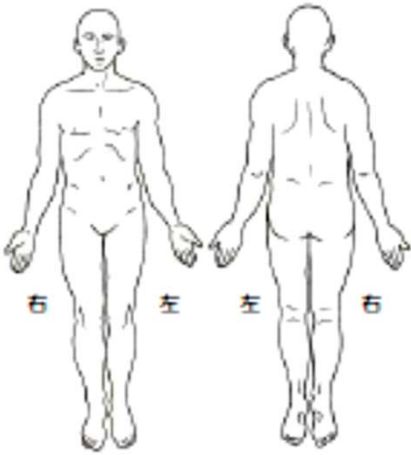
ID:
担当医:

ご記入日 年 月 日

| | | | | |
|------|-----|--------------|---|--|
| ふりがな | | 生年月日 | <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R (歳) | <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |
| 氏名 | | 性別 | | |
| ご住所 | 〒 - | 電話番号 | | |
| | | ご職業 または学年 | | |

※以下の問診で該当する項目に☑をつけてお答えください。

◆診察を希望される部位に○をつけてください



◆いつごろから ()

◆原因 ()

◆症状

痛み しびれ 腫れている 動かさにくい

出血している 歩きづらい

その他 ()

◆形成外科の診察を希望される方で該当する症状はありますか

皮膚のできもの(ほくろ・いぼ等) やけど

けがや手術による傷あと その他()

◆次の病気にかかったことはありますか (はい いいえ)

※”はい”にチェックをした方は該当する項目に☑を付けて下さい

高血圧 糖尿病 高脂血症 心臓病 不整脈 腎臓病 肝臓病

胃腸病 喘息 脳卒中(脳梗塞・脳出血) 緑内障 婦人科疾患

その他 ()

◆現在お薬(市販も含む)やサプリメントを飲んでいますか (はい いいえ)

◆血液をサラサラにするお薬は飲んでいますか (はい いいえ)

◆手術を受けたことがありますか (はい (手術名) いいえ)

◆輸血を受けたことがありますか (はい いいえ)

◆体内に金属は入っていますか (はい いいえ)

◆ペースメーカーが入っていますか (はい いいえ)

◆食べ物・お薬・金属類・ゴム製品等でアレルギーはありますか (はい () いいえ)

◆女性の方にお伺いします

・妊娠中ですか (はい (週目) いいえ 不明)

・授乳中ですか (はい いいえ)

★受診目的の症状で、原因として考えられる項目に☑をつけてください

交通事故 学校(授業・部活動)やスポーツ 仕事

★”仕事”にチェックをした方は職場名と職場連絡先をご記入ください

職場名: _____ 職場連絡先: _____

★介護保険証はお持ちですか (はい いいえ)

★診療明細書の発行は希望されますか (はい いいえ)

※ご気分がすぐれない場合や、痛みや症状が強く、座って待つのが難しい場合は職員にお声掛けください