

問 診 票

ID:

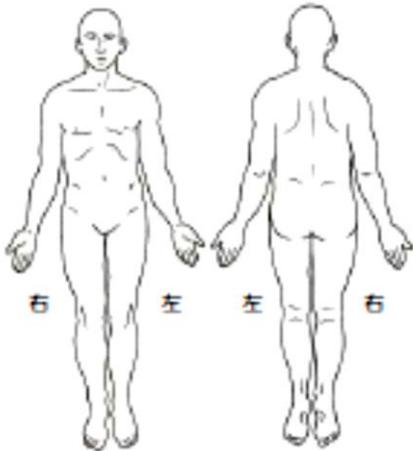
担当医:

ご記入日 年 月 日

| | | | | |
|------|-----|--------------|-------------|-----|
| ふりがな | | 生年月日 | □T □S 年 月 日 | □男性 |
| 氏名 | | 性別 | □H □R (歳) | □女性 |
| ご住所 | 〒 - | 電話番号 | 固定 - - | |
| | | | 携帯 - - | |
| | | 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)

◆食べもの・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: _____

★本日紹介状はお持ちですか (□はい □いいえ)

★他院より画像(CD-Rもしくはレントゲンフィルム)はお持ちですか (□はい □いいえ)

☆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