

交通事故、頭痛、めまい、物忘れの方は、別紙の問診票を受付でもらってその記入もお願い致します。

外科 初診問診票

受診日： 年 月 日

フリガナ
氏名： _____ さま (男・女)

生年月日：明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)

住所：〒 _____ - _____ _____

自宅電話番号： _____ 携帯電話： _____

職業 (_____) 利き手 (右 ・ 左)

- ◆本日は、どうされましたか？○をつけてください。
頭を打った(他の部位： _____) ・ 頭痛、頭が重い・ 吐き気、嘔吐
首が痛い、肩こり ・ けいれん(部位 _____) ・ 手足が動きにくい(右・左)
手足がしびれる(右・左) ・ 目が見えづらい ・ 物忘れ、イライラする
尿や便の失禁 ・ シャベりにくい、ろれつがまわらない ・ めまい、ふらつき
その他 (_____)
→症状は、いつからどのように始まりましたか？
(_____) 頃より (突然起こった ・ だんだん起こってきた)
→症状について他の病院・医院を受診されましたか？
受診していない ・ 受診した：病院・医院名 (_____)
薬を (飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名 (_____)
→症状は： 変わらない ・ 悪くなっている ・ よくなっている
- ◆現在、ほかの病気で治療を受けていますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方・・・病名 (_____) 病院・医院名 (_____)
薬を (飲んでいる ・ 飲んでいない) 薬名 (_____)
- ◆今までに入院や手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
「はい」の方：(_____) 才頃、病名 (_____)
- ◆過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか？ なし・ある：(国名 _____)
- ◆薬や食べ物等のアレルギーがある方は記入ください。
ない ・ ある (_____)
- ◆嗜好品についてお答えください。
酒：飲まない・飲む(1日 _____)
たばこ：吸わない・吸う(1日 _____ 本)、タバコの種類 (通常のタバコ ・ 電子タバコ)
- ◆女性の方へ 妊娠の可能性はありますか？ (はい ・ いいえ) 妊娠 (_____) 月

医療費明細書を希望されますか？..... 希望する・希望しない

お薬はジェネリックと先発品のどちらを希望されますか？..... ジェネリック・先発品

変更したいときはいつでも言ってください

問診室で呼ばれましたら、この用紙を持ってお入り下さい。