

内科・外科・その他専門外来 問診表

記入日 年 月 日

フリガナ

氏名

(性別 男 女)

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 (年齢 歳)

1 今日どのような症状で来院されましたか？

いつ頃から ()

どのような症状がでていますか？ ()

2 今回の症状で、他の医院・病院で診察をお受けになったことがありますか？

いいえ

はい 年 月 日 に _____ 診察をした。

診察をした際、 薬の処方 点滴 入院を勧められた 診察のみ

3 現在、飲んでいる薬、または常用薬はありますか

ない

ある (お薬の名前: _____)

(かかっている病院名: _____)

4 お薬手帳はお持ちですか？ ない ある

5 家族・職場・学校で下記の病気にかかられた方はいますか？

該当なし インフルエンザ 結核 麻疹 風疹

流行性耳下腺炎 水痘 ノロウイルス

その他(_____)

6 女性の方にお伺いします。

現在、妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

いいえ

はい

ご協力ありがとうございました。記入後、受付に提出してください。

* 上記の内容は、当院により適切に管理いたします。