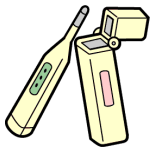
外 科 問 診 票

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　性別　男・女　年齢＿＿＿歳

体温＿＿＿℃　＿＿＿％　身長＿＿＿cm　体重＿＿＿kg



以下の質問であてはまる項目に☑をいれて下さい。

1.本日はどうされましたか？

☐ 切傷　☐ すり傷　☐ 頭部打撲　☐ できもの

☐ その他（　　）

2. いつからの症状ですか？　＿＿年＿＿月＿＿日・不明

（詳しい原因などご記入お願いします。）

3.体のどの箇所ですか？

（　　）

4.今、飲まれている薬はありますか？　有　／　無

★お薬手帳を持参されている場合は診察室にお渡し下さい

5.既往歴はありますか？　分かれば（カッコ）の中に発症年齢を記載ください

☐ 糖尿病（　歳）☐ 高血圧（　歳）☐ 腎臓病（　歳）☐ 肝臓病（　歳）

☐ 癌（　歳）☐ 喘　息（　歳）☐ 脳梗塞（　歳）☐ 脳出血（　歳）

☐ 結　核（　歳）☐ 狭心症（　歳）☐ 心筋梗塞（　歳）☐高脂血症（　歳）

☐ 胃腸の病気（　歳）　☐その他（　　）☐ なし

6. その他質問にお答えください

・手術歴　有（内容　　）／　無　・輸血歴　有　／　無

・タバコは吸われますか　吸わない　／　吸う　１日　／　本

・お酒は飲まれますか　飲まない　／　飲む　１日　／　本

・アレルギー歴はありますか　有(内容：　　)／　無

＜女性の方お答えください＞

最終月経はいつからですか　月　日　より　日間

妊娠の可能性　有　／　無

【医療情報の利活用について】
当院はオンライン資格確認を行える体制を整備しており、薬剤情報、特定健診情報その他必要な情報を取得・活用し診療を行っております。

洛和会ヘルスケアシステム
公式キャラクター

ご協力ありがとうございました。お呼びするまで血圧を測ってお待ちください。

※お待ちの間、ご気分の悪い方はスタッフまでお申し出下さい。