

《せきつい外科

診療申込書・問診票》

※個人情報、診療・看護及び患者様の医療に関わる範囲で行います。
 ※その他の目的で利用する際は、予めお知らせしご了承を得た上で実施します。
 ※事故を未然に防止する為に、外来診療窓口ではお名前でご案内します。
 ※氏名の呼び出し等で不都合がある際は、窓口にお申し出下さい。
 ※部は記載不要です。

2020/09 改

| | | | |
|--------|--|------|---------------|
| ID | | 日付 | |
| 保険区分 | 国・社・前・後・障・生・労・自賠・子 | 自費 | |
| フリガナ | | ご職業 | |
| お名前 | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 ()歳 |
| 住所 | 〒 | | |
| 固定電話 | | 携帯 | |
| 付添者名 | 続柄: | | 連絡先: |
| 診察希望医師 | いる ()医師 ・ なし ※当日予約外の方は、医師を選べません。 | | |
| 持参物 | 紹介状 ・ フィルム ・ CD-ROM ・ お薬手帳(アプリ含む) ・ 内服薬 ・ 外用薬 ・ なし | | |

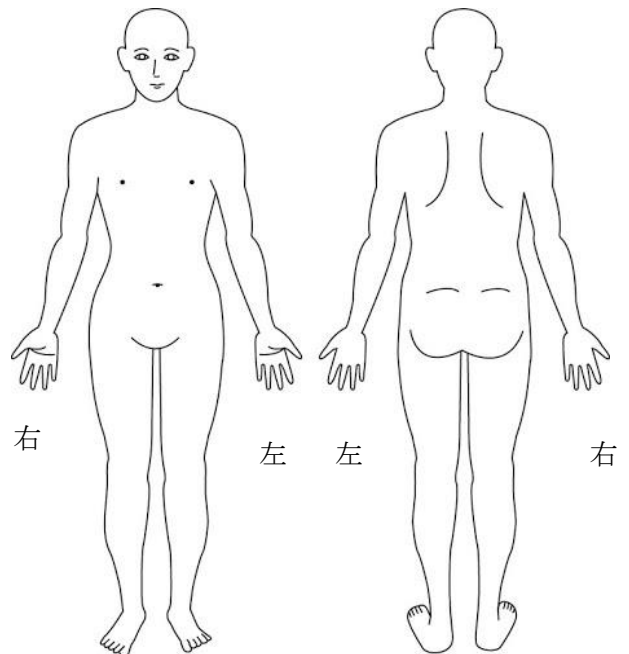
1.痛みはありますか。

- ① ある ・ ない
- ② いつ頃からですか。()
- ③ 思い当たる原因はありますか。()
- ④ どのような時に痛みがありますか。()
- ⑤ どのような痛みですか。 さすような 鈍痛 その他()

2.シビレはありますか。

- ① ある ・ ない
- ② いつ頃からですか。()
- ③ 思い当たる原因はありますか。()
- ④ どのような時にシビレがありますか。()
- ⑤ どのようなシビレですか。()

3.痛みのある部分に○を記載して下さい。 シビレがある部分に斜線///を記載して下さい。



4. 今回の症状を他院で受診しましたか。

はい ・ いいえ

病院名:

どのような診断を受けましたか。()

それに対し、どのような治療をおこないましたか。()

5. 既往歴についてお答えください。

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症 ・ 心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 緑内障 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大
関節リウマチ ・ ペースメーカー埋込 ・ スtent ・ その他()

6. 手術や輸血をされた経験はありますか。

ある(手術 輸血) ・ ない

病名()

手術名() /年齢: ()

7. 薬品や食品でアレルギーはありますか。

ない

ある (薬品:) 食品: ()

8. 血液をサラサラにする薬を飲んでいますか。

はい (薬品名:) ・ いいえ

9. 日常生活についてお聞かせください。

動悸はありますか。 はい ・ いいえ

息切れはありますか。 はい ・ いいえ

動悸や息切れが出る時は、どういったときですか。()

喫煙: なし

やめた ()歳から()歳まで吸っていた()本/日 年間()本

あり ()歳から吸っている ()本/日

飲酒: 飲まない

やめた()歳

飲む 週()日、種類()、1回の量()

10. 現在妊娠又は、妊娠の可能性はありますか。 ある ・ ない

11. 当院をどのように知りましたか？

紹介(家族:)、知人: ()

紹介状(医療機関:) 看板・案内板 当院へ来院したことがある

インターネット(当院ホームページ メディカルノート その他) その他()