※個人情報は、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

《せきつい外科

診療申込書・問診票》

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ID** |  | **日付** |  |
| **保険区分** | **国・社・前・後・障・生・労・自賠・子　　　　　　　　　　　　　自費** | | |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | **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　どのようないたみですか。　□さすような　□鈍痛　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2.**シビレはありますか。**

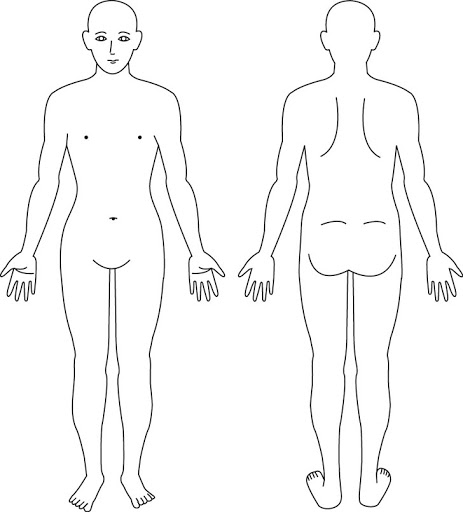
①　ある　・　ない

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。

右

左

左

右

2ページ目へ続く→

**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：

　どのような診断をうけましたか。（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　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　・　ステント　・　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（　　　　　　　　　　　　　　）**