

# 白庭病院 問診票

受診日 年 月 日

氏名					生年月日(M・T・S・H)			
					年	月	日	
性別	男性 ・ 女性	年齢	才	身長	cm	体重	kg	

①本日、受診される診療科を○印で囲んでください。

内科	外科	整形外科	脳神経外科	眼科	泌尿器科	皮膚科	神経内科
----	----	------	-------	----	------	-----	------

②紹介状はお持ちですか？ はい いいえ

③いつから、どこに、どのような症状があるか具体的に記入してください。

前

後

④今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい 年 月 日から にかかっている。

⑤今までにかかった病気や治療中の病気があれば☑チェックし、いつ頃かを( )にご記入してください。

高血圧 ( 頃) 糖尿病 ( 頃) 心臓病 ( 頃) 脳卒中 ( 頃)  
結核 ( 頃) 癌 ( 頃) その他(病名 )

⑥今までに手術の経験はありますか？ いいえ はい  
 病名 いつ頃

⑦今までに入院の経験はありますか？ いいえ はい  
 病名 いつ頃

⑧輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

⑨最近、ワクチン接種を受けましたか？ なし あり ( インフルエンザ ・ 肺炎球菌 )

⑩薬のアレルギーはありますか？ いいえ はい (薬品名 )

⑪食べ物のアレルギーはありますか？ いいえ はい ( そば ・ フルーツ )  
 ( その他 )

⑫現在、飲んでいる薬はありますか？ いいえ はい、お薬手帳持参 無 有  
血圧の薬 ・ 血をかたまりにくくする薬 ・ 糖尿病の薬  
その他 ( )

⑬たばこは吸われますか？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

⑭お酒は飲めますか？ 飲まない 飲む 過去に飲んでいた  
 (お酒の種類 \_\_\_\_\_、1日 杯 ・ ほぼ毎日 ・ 時々)

⑮最近、海外へ渡航されましたか？ いいえ はい(どの国へ \_\_\_\_\_ )  
 (期間 月 日から 月 日まで )

⑯女性の方へお聞きします  
 ・妊娠している可能性は？ ない ある  
 ・現在、授乳中ですか？ いいえ はい

※記入された情報は診療以外には使用いたしません。