

## 初診 外科 問診票

お名前／漢字(ふりがな) \_\_\_\_\_ 生年月日 年 月 日(満 歳)

現住所 〒 \_\_\_\_\_ 性別：男・女

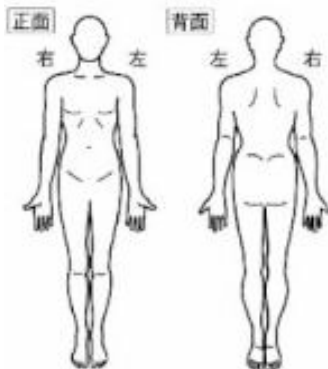
連絡先 自宅 TEL \_\_\_\_\_ FAX 番号 \_\_\_\_\_

携帯 TEL \_\_\_\_\_

1. 今日はどうしましたか？

痛 けが 腫れ しびれ かゆい やけど その他 ( )

<症状のある部分にチェックしてください>



2. その症状はいつ頃からですか？

年 月 日頃から 不明

3. 原因はわかりますか？

労災交通事故 転倒 不明 その他 ( )

4. いままでに大きな病気や手術をしたことがありますか

なし あり ( )

5. 現在、飲んでいる薬はありますか？

なし あり ( )

6. 薬や食物のアレルギーはありませんか？

なし あり ( )

7. 女性の方へ 現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

はい ( ) いいえ

8. 当院をどちらで知りましたか？

インターネット 看板 知人・家族からのご紹介 その他 ( )