

内科初診時間診票

フリガナ	受診日	年	月	日
お名前	生年月日			
	(男・女)	明・大・昭・平	年	月 日
ご住所 〒			(歳)
	電話番号	()

<p>本日はどうなさいましたか。</p> <p>いつ頃から</p> <p>症状は</p> <p>それに対して受診・内服を</p> <p>されましたか。</p>	<p>() から</p> <p>[]</p> <p>[]</p>
<p>現在治療中の病気は</p> <p>ありますか。</p>	<p>あてはまるものにチェックをしてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高尿酸血症</p> <p><input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー疾患</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
<p>現在飲んでいるお薬等が</p> <p>あれば教えて下さい。</p>	<p>ない・ある ()</p>
<p>今までに罹った大きな病気や</p> <p>手術があれば教えて下さい。</p>	<p>[]</p>
<p>薬・食べ物のアレルギーは</p> <p>ありますか。</p>	<p>ない・ある ()</p>
<p>飲酒</p>	<p><input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> ときどき (なにを) を週 () 回くらい</p> <p><input type="checkbox"/> 毎日 (なにを) を (どのくらい) くらい</p>
<p>喫煙</p>	<p><input type="checkbox"/> しない</p> <p><input type="checkbox"/> 過去にしていた () 歳から () 歳まで1日 () 本くらい</p> <p><input type="checkbox"/> 現在もしている () 歳から1日 () 本くらい</p>
<p>女性の方のみお答えください。</p> <p>現在妊娠していますか。</p> <p>現在授乳中ですか。</p>	<p>いいえ ・ はい () 週目 ・ 可能性あり</p> <p>いいえ ・ はい</p>

<p>当院記入欄</p>	<p>体温 () °C 血圧 () mmHg</p> <p>脈拍 () 回 SpO2 () %</p>
--------------	---

整形外科問診票

氏名 _____ (男・女) 明・大・昭・平 受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
ご住所: 〒 _____ 日生 (_____) 歳
電話番号 (_____)

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか？

・いつ頃からですか？

(_____)

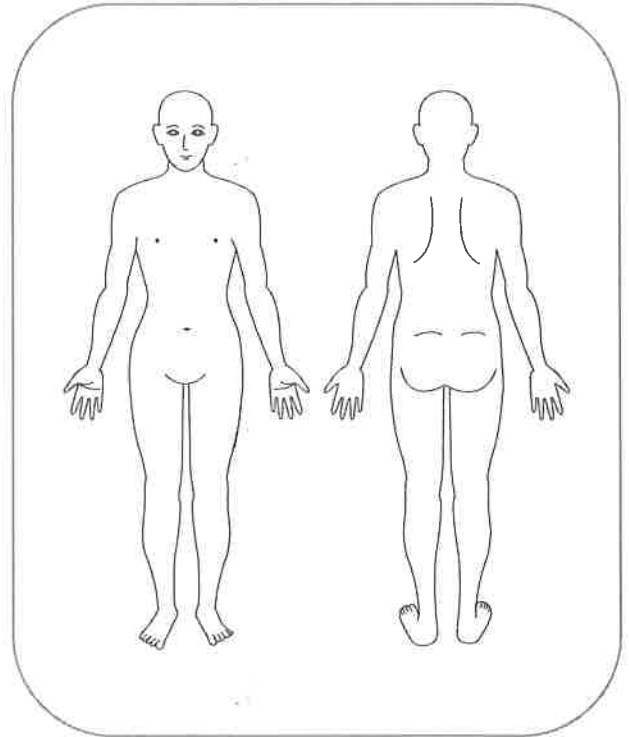
・どのような症状ですか？

- 痛い しびれる 力が入らない
 重い 動きにくい つっぱる 腫れている
 その他 (_____)

・症状が出た原因・きっかけは何ですか？

- 交通事故 (保険証適応外)
 工作中 (労災適応・保険証使用)
 スポーツ (スポーツ保険使用)
 その他 (_____) 原因不明

・↓具合の悪いところに○をつけて下さい



2. この症状で、現在あるいは以前に治療を受けていますか？

- はい 病院名 (_____)
治療法 (_____)
 いいえ

3. 今までにかかった病気や治療中の病気はありますか？ また、それはいつ頃ですか？

- 喘息 (_____ 歳頃) 高血圧 (_____ 歳頃)
 心臓病 (_____ 歳頃) 糖尿病 (_____ 歳頃)
 その他 (_____)

4. 現在飲んでいる薬はありますか？

- はい (薬の名前: _____)
 いいえ

5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

- はい (どのようなもので?: _____)
 いいえ

6. 女性の方のみお答え下さい。

・現在妊娠中、またはその可能性はありますか？

- はい (_____ カ月 ・ 可能性 _____)
 いいえ

ご協力ありがとうございました。受付までご提出いただき、ご案内までもう少々お待ち下さい。

桶川みらいクリニック