

R 年 月 日

整形外科・皮膚科問診票

ID _____

受診される方： 〒 住所

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日生

電話番号 () - 携帯番号 () - 職業

フリガナ 氏名	年齢	才	男・女	身長	cm	体重	kg
どちらの科の診察希望ですか？ 整形外科 皮膚科 どちらも							
整形外科 … いたみ・しびれ・はれ・歩きづらい・物が持ちにくい・腕があがらない・よくこける・変形・ゆがみ 皮膚科 … 湿疹・皮膚炎・かゆみ・かぶれ・虫刺され・水虫・爪の水虫・いぼ・にきび・しみ							
どのような症状ですか？ 妊娠：有・無 授乳：有・無 来院時 体温 . °C それは、からだのどの場所から・いつ頃からはじまりましたか？ <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> { ぬり薬の使用 あり()・なし 飲み薬の使用 あり()・なし </div>							
今回の症状のため、他の病院や医院に行きましたか？ はい・いいえ							
「はい」の場合 病院・医院名と、かかった時期を教えてください。							
これまでに大きな病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？ はい・いいえ							
「はい」の場合 病名と、かかった時期を教えてください。							
高血圧はありますか？ はい・いいえ							
糖尿病はありますか？ はい・いいえ							
喘息はありますか？ はい・いいえ							
花粉症はありますか？ はい・いいえ							
前立腺肥大症はありますか？ はい・いいえ				緑内障はありますか？ はい・いいえ			
現在、かかっている病気はありますか？ はい・いいえ							
「はい」の場合 病名を教えてください。							
現在、飲んでいる薬はありますか？ はい・いいえ							
心臓のくすりや、血を固まりにくくする薬はお飲みですか？ はい・いいえ							
「はい」の場合 おわかりであれば、薬の名前を教えてください。							
薬のアレルギーはありますか？ はい・いいえ							
「はい」の場合、おわかりであれば、薬の名前を教えてください。							
ご家族で病気などございますか？ はい・いいえ							
「はい」の場合 ご家族のどなたがどんな病気か具体的にお知らせください。							
当院をどこで知りましたか？ 友人知人などの紹介・家族・駅の広告・インターネット・チラシ・電話帳							

◎(お願い：妊娠している方、可能性のある方、授乳中の方は受付にお伝えください)

◎(お願い：ペースメーカーを入れている方は受付にお伝えください)

ご協力ありがとうございました。