

# 外来問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		男	T・S・H 年 月 日生 歳
お名前		女	
自宅住所	(〒 - )		
自宅TEL		携帯TEL	
緊急連絡先	TEL	勤務先	TEL
領収書&明細書	1. どちらも希望する 2. 領収書のみ希望する 3. どちらも希望しない		

※看護師が記入します。

\*BP=( ) \*BT=( )  
 \*GP=(R .L ) \*BW=( )

- 本日来院された理由を教えてください。  
 またいつからその症状は出現しましたか？

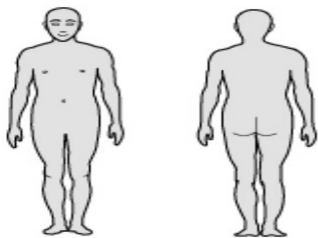
\*受傷日 年 月 日

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\*上の図に症状のある部位を記載してください

- お熱のある方にお伺いします  
 2週間以内に海外に渡航されましたか  
 ・はい ・いいえ

- 痛みのある方にお伺いします。  
 左端が全く痛みのない状態・右端が考えうる最も強い。  
 痛みとして今の痛みの程度を『 | 』で示して下さい。

痛みなし

最悪の痛み

- 現在治療中の病気はありますか？  
 また、入院・手術等をされたことがあれば  
 お書きください。

いつ  
 どのような

- 現在内服中のお薬があれば、その名前を教えてください

\*お薬の名前のわかるものをお持ちの方はお見せください

\_\_\_\_\_

- アレルギーはありますか？

・いいえ ・はい

- \*はいと答えられた方は以下も記入して下さい  
 アレルギーの内容を具体的に記入してください  
 薬  
 食物  
 その他

- 女性の方のみにお伺いします。

現在、妊娠の可能性はありますか？

・はい ・いいえ ・わかりません

(出産予定日 年 月 日)

授乳中ですか？

・はい ・いいえ



阿保クリニック  
 ご協力ありがとうございました。