

一般外来問診票

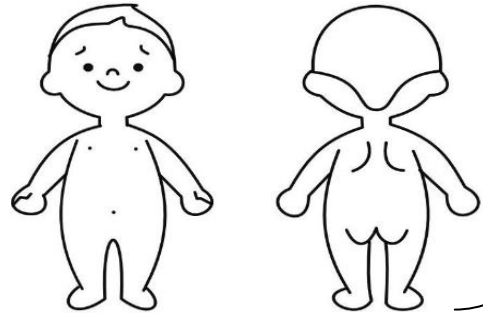
ふりがな 名前			
生年月日	昭・平	年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所 〒			
電話 ()	—	身長 cm	体重 kg 体温 °C

1) 本日はどのような症状、あるいは目的で来られましたか？

- 熱 なし あり→ 日前から (°C)
- 咳 なし あり→ 日前から
- 鼻水 なし あり→ 日前から
- 喘鳴 なし あり→ 日前から
- 嘔気 なし あり→ 日前から
- 嘔吐 なし あり→ 日前から 回
- 下痢 なし あり→ 日前から 回 (水便 ドロドロ 軟らかめ)
- 食欲 あり なし→ (食事量)
- 便秘 なし あり→ (最後に出たのは 日前)

その他 (自由にお書き下さい)

部位に○をしてください。



3) これまでにおくすりや注射で具合が悪くなったことはありますか？ ない

- ある いつごろ ()
症状 ()

4) これまでに健診で問題があったり、大きな病気をしたことがありますか？ ない

- ある いつごろ ()
病名・状態 ()

5) アレルギーはありますか？ ない

- ある 何 ()

6) 診療について希望があればご記入ください。 例) 検査希望、坐薬がほしい、粉薬はいやだ