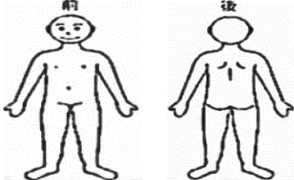


※問診票でお聞きすることは、治療を実施する上であなたの身体への影響を考えるととても重要な情報となりますので、同意の上ご記入下さい。特に女性の方は、妊娠の有無は治療や検査に変更が出ますので気になることはご相談下さい。

# 問 診 票

ご記入日: 年 月 日

フリガナ		生年月日	大正・昭和・平成・令和	
氏名			年 月 日 ( 歳)	
性別	男 ・ 女	身長/体重	cm /	kg
記入者サイン	(続柄: )	今日の熱	°C	

	<b>※具合の悪い箇所を記入してください</b> 	
1. どのような症状でお困りですか		
2. その症状はいつ頃からですか	頃から	
3. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか	はい ・ いいえ 渡航歴: 年 月 日 ~ 年 月 日 国名: _____	
4. 同じ症状で他院を受診されましたか	はい ・ いいえ	
5. 今までに病気で治療を受けたことがありますか(入院・手術)	病名: _____ 時期: _____ 年前 病名: _____ 時期: _____ 年前	
6. 現在、治療中の病気はありますか ある場合は病名をご記入ください (例: 高血圧・心疾患・糖尿病など)	はい ・ いいえ 病名: _____	
7. 現在、飲んでいる薬はありますか	はい ・ いいえ 薬品名: _____	
8. アレルギーはありますか ある場合はご記入ください (例: 造影剤・アルコール綿・卵・そば・ピーナッツ・牛乳・その他、食べ物や薬で発疹が出たことがある)	はい ・ いいえ ・ わからない 薬品名: _____ 食べ物: _____ その他: _____	
9. 信仰による食事や医療の制限はありますか	はい ・ いいえ 制限項目: _____	
10. 該当する項目に○を付けてください また、他に伝えたいことがあれば ご記入ください	杖歩行 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー ・ シルバーカー [ 目(視力) ・ 耳(聴力) ・ 口(会話) ・ 手 ・ 足 ] が不自由 その他 ( )	
11. 女性の方へ 妊娠していますか、その可能性は ありますか 現在、授乳中ですか	はい ( 月 ) ・ いいえ ・ わからない (最終月経 月 日より 日間) はい ・ いいえ	

確認医師サイン \_\_\_\_\_

2020年6月 戸田中央総合病院