

初診者問診カード

診察券No. _____ 記入年月日 _____

お名前 _____ 年令 _____ 才 職業 _____ 男・女 既婚・未婚

御紹介者名を御記入下さい。 _____ 病医院 _____ 先生・様

>>>お待ちになっている間に、貴方について該当する所に○印又は記入してください<<<

1. 何科の受診を御希望ですか？

- (1)内科 (A 心臓血圧 B 呼吸器 C その他) (2)アレルギー科 (3)眼科 (4)外科 (5)皮膚科
(6)整形外科 (7)リウマチ科 (8)リハビリテーション科 (9)形成外科 (10)美容外科 (11)脳神経外科
(12)消化器科(食道・胃・腸) (13)肝臓 (14)乳腺 (15)肛門 (16)下痢 (17)泌尿器科

2. 具合の悪いところをなるべく具体的に記入して下さい。

(1) いつから？ (_____)

(2) どこが？ (_____)

(3) 負傷の原因は？ いずれかに○印をして下さい。

Ⓐ 工作中 Ⓑ 通勤途中 Ⓒ その他 (_____)

(4) どんな具合ですか？ (_____)

3. 食欲？ (1) 良好 (2) 普通 (3) 不良

身長 _____ cm

便通？ (1) 普通 1日 _____ 回 (2) 下痢気味 (3) 便秘気味

体重 _____ kg

睡眠？ (1) 良好 (2) 不良

生理？ (1) 順調 (2) 不順 (3) なし (4) 最終生理 _____ 年 _____ 月 _____ 日

妊娠？ (1) していない (2) している (3) 可能性あり

煙草？ 1日 _____ 本 アルコール？ 1日 _____ を _____ 程度

4. 以前にケガ等をしたことがありますか？ (ない・ある)

どんな病気でしたか (_____)

5. 手術をうけたことがありますか？ (ない・ある)

(1) 何の手術でしたか (_____)

(2) どんな麻酔でしたか (_____)

(3) どの病院ですか (_____)

(4) いつしましたか _____ 年 _____ 月 _____ 日 (5) 輸血を受けたことは (ない・ある)

(6) 経過は？ (良好・悪い=どのように _____)

6. 体質の異常(アレルギー)について気づいたことがありますか (ない・ある)

何のアレルギーですか？ (食物・注射・薬・その他 _____)

7. 出血したとき、血がなかなか止まらなかったことがありますか？ (ない・ある)

8. 身内で、次の病気の方はおられますか。又、その為に亡くなられた方がありますか？

(身内のどなたかも明記して下さい) (1) 癌 どの癌ですか (_____)

(2) 呼吸器 (3) 心臓病 (4) 脳卒中 (5) 糖尿病 (6) 高血圧

ありがとうございました。診察前に受付へ御提出ください。

西大宮病院

※上記、記載事項は当医院が診療を行う為必要となりますので活用させていただきます。