

年 月 日

問診票・受診申込書（内科・外科 No. ）

時 分

フリガナ	セイ	メイ	男・女	生年月日	年齢
患者氏名	姓	名		大・昭・平	歳
住所 〒 -					
府 道 県 都 市 郡					
携帯電話	-	電話番号			
来院方法	自動車・徒歩（自転車）・その他（ ）・救急車（ ）消防				

*** 本日はどのような症状で来られましたか。**

発熱	腰痛	ろれつが回らない
せき	腹痛	マヒ・しびれ（部位：_____）
のどの痛み	嘔吐	頭を打った
息苦しさ	下痢・血便	身体を打った（部位：_____）
頭痛	発疹	けが（部位：_____）
めまい	血尿	骨折やねんどの疑い（部位：_____）
胸痛・胸苦しさ	尿が出ない	やけど（部位：_____）
背部痛	排尿時の痛み・残尿感	虫さされ（部位：_____）

その他の症状

職員記入欄		
T	RR	
PR	BP	/
SPO ₂		

* いつ頃からですか 約（ ）時間前 または 約（ ）日前

* 今回の症状で診察は受けられましたか　いいえ・はい（いつ）

* 何かお薬を使いましたか いいえ・はい（いつ ・薬名 ）

*1ヶ月以内の海外渡航歴 あり・なし *周囲で流行っている病気 なし・あり()

[illegible]

②現在、治療中の病気はありますか

いいえ・はい（高血圧・糖尿病・高脂血症・ぜんそく）
（その他）
病院・医院名（

③現在、服用中の薬はありますか ない・ある（おくすり手帳持参： ない ・ ある ）

[illegible]

女性の方へ ※妊娠中、または可能性がありますか ない・妊娠中（ ）週・可能性あり
※授乳中ですか いいえ・はい（児の年齢）