

問 診 表

●必要事項をご記入のうえ、受付へお出してください。●

※この問診表は診療・カルテ情報等に使用するものであり、
その他の目的で使用するは一切ありません。

住所・電話番号に変更はありますか？ 住所（あり・なし）電話番号（あり・なし）
電話番号に変更がある場合は下記にご記入をお願いします。住所は別紙にご記入をお願いします。

| 内科 | 外科 | 整形外科 | 脳神経外科 | 泌尿器科 | 健康診断 | |
|---------|----|------|-------|-----------------|------|--|
| 氏名 | | ID | | 生年月日（明・大・昭・平・令） | | |
| | | | | 年 月 日 | | |
| ご自宅電話番号 | | | | 携帯番号 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 問診記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 問診① いつからどのような症状ですか？（詳しく記入してください。） | | | |
| いつからですか？ | | | |
| <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> 2日前 <input type="checkbox"/> 3日前 <input type="checkbox"/> 1週間前 <input type="checkbox"/> それ以上前から（ ） | | | |
| 症状を記入してください。 <input type="checkbox"/> 医師に直接お話しします（体温： 度） | | | |
| | | | |
| 問診① -1 1ヶ月以内に渡航歴はありますか？ | | | |
| ある（国名： 帰国日： 年 月 日） ない | | | |
| 問診② 現在他院でもらって飲んでいる薬はありますか？ | | | |
| ある（医薬品名： ） ない | | | |
| 問診③ 食品又は注射・内服で異常やアレルギー等をおこしたことがありますか？ | | | |
| ある（食品又は医薬品等名： ） ない | | | |
| 問診④ 以前他院で手術・検査・入院をしたことがありますか？ | | | |
| ある（病院名： ）（手術・検査名： ） ない | | | |
| 問診⑤ 以前かかっていた病気はありますか？ | | | |
| ある（疾患名： ） ない | | | |
| 問診⑥ 今、尿が出ますか？ | | | |
| 出る 出ない | | | |
| 問診⑦ 現在妊娠している可能性はありますか？（女性のみ） | | | |
| ある ない わからない 最後の生理日がわかれば記入してください。 （ 年 月 日） | | | |
| 問診⑧ 以前に他院又は当院に入院したことがあれば、入院期間を記入してください。 | | | |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |

※ マイナンバーカードをお持ちの方で薬剤等、診療情報の提供に同意される方はお申し出ください

※ 当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療提供に努めています。

西尾病院 事務室