

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