

外科系問診票

*診察券のない方は
診療申込書もご記入ください

氏名	フリガナ

 ID

(整形外科・皮膚科)

◎体重 [. kg] ※小学生以下のお子様は必ずご記入下さい。

1.いつ頃からどのような症状でお困りですか。(詳細は診察室でお話下さい。)

いつ頃からですか。 _____

どのような症状ですか。 _____

症状の原因は何ですか。 交通事故 仕事中・通勤中のケガ 不明 その他()

※必ずチェックをお願いします※

①7日以内に渡航歴はありますか? いいえ はい(場所:)

②7日以内に発熱(37.5℃以上)、咳などの風邪症状、息切れ、
倦怠感ありましたか? いいえ はい

③7日以内に嗅覚、味覚障害はありましたか? いいえ はい

④7日以内に新型コロナウイルスの感染者と接触しましたか? いいえ はい

2.今までに薬剤でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

いいえ はい → 薬剤名: _____ 症状: _____

3.今までに大きな病気・ケガ・手術歴などがありましたら記入して下さい。

いいえ はい → : _____

4.現在服用中のお薬がありましたら記入してください。お薬手帳をお持ちの方は診察室でご提示下さい。

いいえ はい → : _____

5. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか いいえ はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出願います。