

診察申込書 (本日の外来診療科をご確認ください。)

フガナ			男		受付時間
患者氏名			・		年 月 日
			女		時 分
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
現住所			電話	()	
				-	
勤務先又は連絡先	TEL				

※下記の診療科の中から希望する受診科に○印をつけて下さい。
受診科の不明な方は窓口の係にお尋ね下さい。

内科	循環器科	外科	肛門科	整形外科	脳外科
----	------	----	-----	------	-----

★以前に太田川病院に受診された事がありますか? →(はい・いいえ・わからない)

「はい」と答えられた方にお聞きします。該当する時期に○をつけて下さい。

今年 ・ 昨年 ・ 2年前 ・ 3年以上前

問診票

1)現在の症状についてお聞きします。

どのような状態ですか? _____

それは、いつ頃からですか? _____

2)今までに大きな病気をされたことがありますか? → (はい・いいえ)

「はい」と答えられた方にお聞きします。該当する病気に○をつけて下さい。

脳疾患 心臓病 高血圧症 糖尿病 肺の病気 喘息

腎臓病 婦人科疾患 甲状腺疾患

その他() 手術()

3)現在飲んでいるお薬がありますか? → (はい・いいえ)

4)アレルギーがありますか? → (はい・いいえ)

「はい」と答えられた方にお聞きします。

食べ物では _____

薬では _____

5)その他

酒(/日) 煙草(本/日) 現在妊娠(有・無)

身長(cm) 体重(kg)

△ありがとうございました。看護師が呼びますまでお待ちください。

検査・処置・注射などで順番が変わることがありますので、ご了承下さい。

△「当院における患者様個人情報の利用目的」を診察申込書記入台の上に

掲示しておりますのでご確認ください。



外来