

受診申込書

受診年月日	令和 年 月 日						
フリガナ		性別	生年月日	大・昭・平・令			
氏名		男・女		年 月 日 (歳 カ月)			
住所	〒 -			電話番号(携帯) - -			
連絡先	(住所が県外の方または付き添いの方)			連絡先電話番号 - -			
本日の受診科に○を付けてください。ご不明な点は職員にお尋ねください。		内科	小児科	外科	眼科	耳鼻科	皮膚科
1 交通事故	※仕事中のけがの方はご記入ください			電話番号			
2 仕事中のけが(労災)	事業所名: 所在地:			- -			

:

(外科・皮膚科用) 問診票

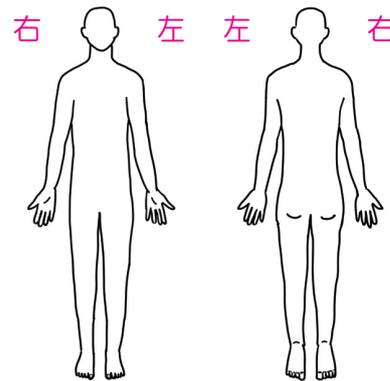
患者氏名	男女	年齢	歳	現在の体温	℃
------	----	----	---	-------	---

1. 今日どのような症状で受診されましたか。✓チェックをつけて下さい

- | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 痛みがある | <input type="checkbox"/> しびれ | <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> 出血 |
| <input type="checkbox"/> 熱がある | <input type="checkbox"/> かゆみ | <input type="checkbox"/> 曲がっている | <input type="checkbox"/> 発赤 |
| <input type="checkbox"/> ブツブツがある | <input type="checkbox"/> 水ぶくれ | <input type="checkbox"/> カサカサする | <input type="checkbox"/> 皮膚の色が変 |

上記以外の症状についてお書きください

[]



都合の悪い所に×を記入してください

2. 1の症状はいつ頃から始まりましたか。

R 年 月 日 頃

3. 現在、のんでいるお薬はありますか？

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい(診察の際、医師にお話してください) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|---|------------------------------|

4. お薬手帳はお持ちですか？

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい(お手元にご用意ください) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|--|------------------------------|

5. 薬のアレルギーはありますか？

- | | |
|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> はい(薬品名) | <input type="checkbox"/> いいえ |
|-----------------------------------|------------------------------|

※小学生までの方は体重をご記入ください

(kg)



妊娠中 (週) 可能性あり ()
授乳中 (才 月)