病院記入欄			
□　スキャン済	予約医師名(黒)：	医師	希望医師名(赤)：	医師

外科系問診票

受診日：　　年　　月　　日

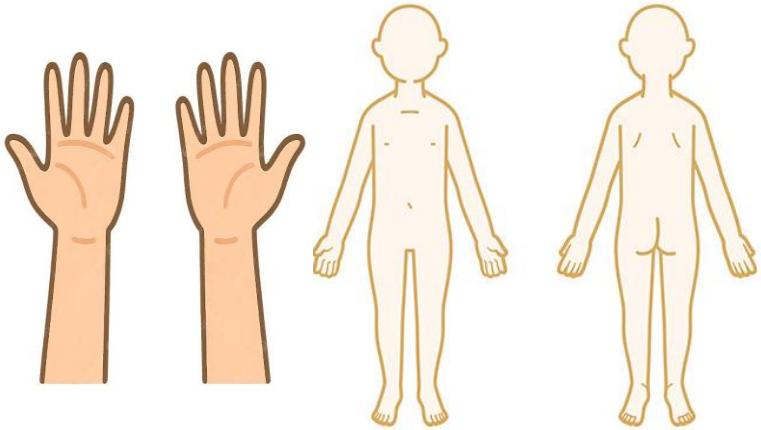
お手数をお掛けしますが、下記の記入をお願い致します。　　**ID：**

フリガナ		性　別
氏　名		男性 女性　（　妊娠中・授乳中　）
生年月日	大正　・　昭和　・　平成　・　令和	年　　月　　日（　　歳）
住　所	〒　　－	ご職業
電話番号	（携帯）　　－　　－　　（自宅）　　－　　－	

①　本日はどのような症状にて来院されましたか？

部位はどこですか？右図に〇を付けて下さい

（　　）



※いつから？　：

※利き手　：　左　・　右

②紹介状や画像検査はありますか？

紹介状　：　あり　・　なし　　CD-ROM等　：　あり　・　なし

③当てはまる原因がありましたら、〇を付けてください。

交通事故　・　外傷(転倒や転落)　・　仕事中／通勤途中　・　運動中　・　発症不明

④今まで入院や手術、治療中のご病気について教えて下さい。

	病名	状況	年齢	治療中の方は内容(内服など)
1		入院・手術・治療中	歳	
2		入院・手術・治療中	歳	
3		入院・手術・治療中	歳	

※　記入欄に収まらない場合は、受付へお申し出ください。

※　お薬手帳をご持参の方は受付へご提示ください。

⑤お薬や食べ物のアレルギーはありますか？　なし　・　あり(　　)

⑥身長と体重について　身長：　　cm　　体重：　　kg

⑦喫煙について　過去にあり　・　なし　・　あり(　　本／日)

⑧飲酒について　過去にあり　・　なし　・　あり(量　　)

⑨マイナ保険証について　病院の診療情報取得に同意されますか？　同意する　・　同意しない

ご協力ありがとうございました。

湘陽かしわ台病院

2026,7改訂