

外来再診問診票

記入年月日 年 月 日

氏名 _____
〒 _____

住所 _____ (変更のあった場合のみご記入ください)

電話① _____ ② _____ (変更のあった場合のみご記入ください)

1. 他の医療機関からの紹介状はありますか? なし ・ あり

2. 来院された目的に○を付けてください。

- ・ 診察 (3へ)
- ・ 健康診断 (5へ)
- ・ 健康診断後の精査 (5へ)
- ・ 予防注射 (5へ)
- ・ その他注射 (プラセンタ、ニンニク注射など) (5へ)

3. どのような症状ですか?

発熱 (℃)	頭痛	寒気	のどの痛み	せき	鼻水	鼻づまり	くしゃみ	
胸痛	動悸	不整脈	息苦しさ	めまい	腰痛	排尿時痛	頻尿	血尿
腹痛	胸やけ	下痢	便秘	嘔吐	はきけ	血便	お腹が張る	胃痛
その他 ()
()

4. その症状はいつ頃からですか? _____

5. 服用中のお薬はありますか? なし あり (_____)

6. 女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか? いいえ はい 週 わからない 授乳中
最終月経 月 日から 日間