（　内科　・　皮膚科　）　問診表

医療法人東西医会 草加整形外科内科

Ｎｏ　　令和　　年　　月　　日

ふりがな　　男　・　女 氏名　　歳		生年月日　大正　昭和　平成　令和 年　　月　　日	
住所		電話番号（　　） ―	
今までに当院にかかったことが･･･　　ある　・　ない			
熱っぽい・風邪のような症状がある　　いいえ　・　はい		新型コロナウイルスの 感染拡大防止のため 感染の可能性がある方の 診察をご遠慮いただいております	
過去３か月以内に 海外へ行く機会があった　　いいえ　・　はい			

身長（　　cm）体重（　　kg）体温（　　℃）血圧（　　／　　）

～ 当てはまる回答に○をつけてください 「はい」の場合は（ ）内もご記入ください ～

①現在の主な症状をご記入ください

（　　）

②それはいつからですか？

（　　）

③薬のアレルギーはありますか？　　いいえ　・　はい

※どんな薬ですか？（　　）

④注射をして具合が悪くなったことがありますか？　　いいえ　・　はい

※具体的な症状（　　）

⑤現在、他の病気で薬を飲んでいますか？　　いいえ　・　はい

※薬の名前（　　）

⑥過去に大きな病気をしたことがありますか？　　いいえ　・　はい

病名（　　）

⑦仕事中・通勤途中・帰宅途中が原因の症状ですか？　　いいえ　・　はい

⑧（女性の方）現在、妊娠中（疑いも含む）ですか？　　いいえ　・　はい

・・・（妊娠　　か月）