

外科外来を受診される方へ

下の枠内にご記入いただき、受付にご提出ください。



				記入日	令和	年	月	日
(フリガナ)					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
氏名					年齢	歳		
身長	cm	体重	kg	職業				

<p>いつからですか</p> <p><input type="checkbox"/>今日 <input type="checkbox"/>昨日</p> <p><input type="checkbox"/> () から</p> <p><input type="checkbox"/>分からない</p> <p>どんな症状ですか</p> <p><input type="checkbox"/>けが <input type="checkbox"/>しこり <input type="checkbox"/>肛門の痛み</p> <p><input type="checkbox"/>やけど (<input type="checkbox"/>水 <input type="checkbox"/>油 <input type="checkbox"/>薬品)</p> <p><input type="checkbox"/>爪の周囲の痛み <input type="checkbox"/>打撲</p> <p><input type="checkbox"/>出血 <input type="checkbox"/>血便 <input type="checkbox"/>痔</p> <p><input type="checkbox"/>動物に咬まれた (<input type="checkbox"/>犬 <input type="checkbox"/>猫 <input type="checkbox"/>他)</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>原因はわかっていますか</p> <p><input type="checkbox"/>交通事故 <input type="checkbox"/>転倒 (転落)</p> <p><input type="checkbox"/>工作中的の事故</p> <p><input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p><input type="checkbox"/>分からない</p> <p>今までに同じ症状になったことは</p> <p><input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある (<input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回以上)</p>	<p>具合の悪いところを“○”で囲ってください</p> <div style="text-align: center;"> </div>
現在の症状で他の医療機関に受診されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
現在、内服中の薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
今までに大きな病気や治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
今までに手術を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
たばこは吸いますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (本/日)
アルコールは飲みますか (カッコ内は量)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ()
女性の方へ 妊娠していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
授乳していますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
その他気になることや、治療へのご要望、ご質問があればご記入ください	