外科　問診票

記入日:　　年　　月　　日

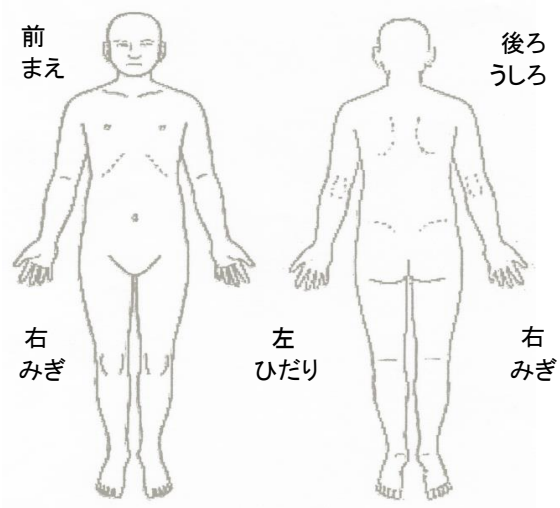
お名前　　様　　男　・　女　　年齢　　歳

1. どのような症状ですか？あてはまる症状や、からだの部分に〇をつけてください。

症状や原因など

痛み　・　しびれ　・　腫れ　・　けが
やけど　・　かゆみ　・　しこり
痔　・　血便　・　体重減少

その他 記入欄



2. その症状はいつからですか？　　年　　月　　日　　時 頃から

具体的に→

3. その症状で他の病院などにかかったことがありますか？

ない　・　ある→

4. 現在、他の病院や診療所で治療中の病気はありますか？

ない　・　ある→

5. 現在、服用中のお薬などはありますか？

ない　・　ある→

7.　女性の方 :妊娠、またはその可能性はありますか？

ない　・　ある→

8. その他、何かありましたらご記入ください。

※他院で処方されたお薬、その説明書、お薬手帳などをお持ちでしたら、診察時にお出しください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算（初診時）　加算１：４点　加算２：２点（マイナ保険証を利用した場合）

金町中央病院

医療法人社団玲瓏会 金町中央病院 2013.9