

外科 問診票

記入日：平成 年 月 日

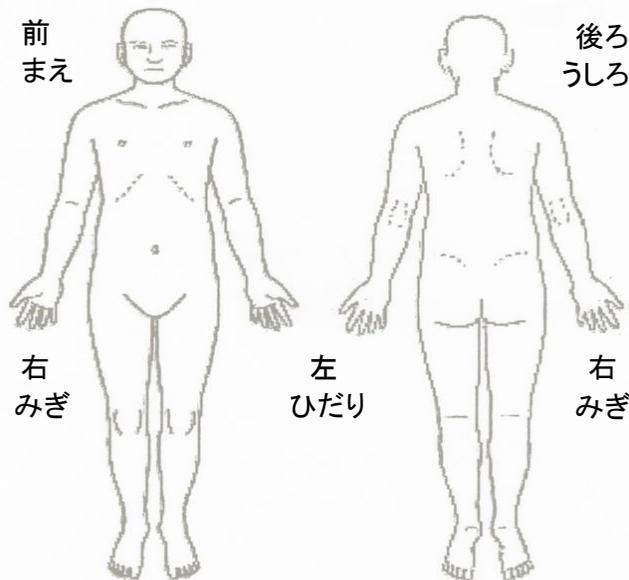
お名前 様 男 ・ 女 年齢 歳

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○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、診察時にお出してください。