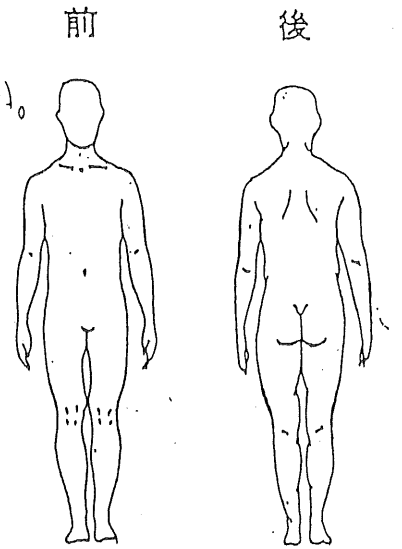
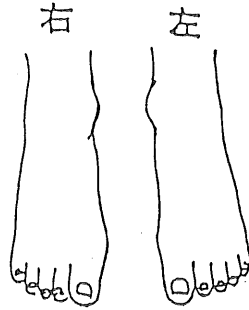
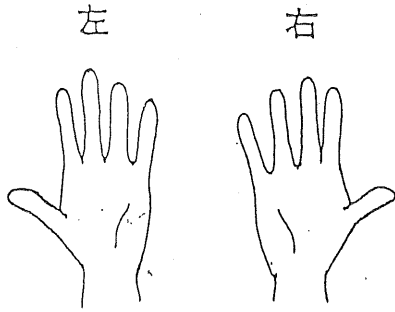


外 来 問 診 表

氏名 _____ 殿 平成 年 月 日
 年齢 _____ 歳 (男・女) 身長 cm 体重 kg

1. どのような症状で来院されましたか？

(1) 具合が悪い所、あるいは違和感のあるところに○をして下さい。



(2) あてはまるものに○をして下さい。

痛い・しびれる・こる・歩きにくい・手があがらない・力が入りにくい・曲げ伸ばしができない
 冷える・だるい・感覚がない・正座ができない・腫れている・しこりがある・出血している
 切った・ひねった・打撲した・転倒した ・その他 ()

(3) その症状は、いつ頃からですか？ ()

(4) 今までに、その症状で治療された事がありますか？ (あり ・ なし)

2. 今まで他の病気で治療したり、現在も治療しているものがあれば○をして下さい。

高血圧 () 糖尿病 () 心臓疾患 () 喘息 () 肝臓病 ()
 血液疾患 () 胃潰瘍 () 脳梗塞 () その他 ()

現在服用中のお薬 ()

3. 今までに、手術を受けられたことがありますか？ (あり ・ なし) すると答えた方は、病名や年月日も教えて下さい。

4. 薬のアレルギーがありますか？ [なし ・ あり 薬の種類 ()]

5. 女性の方にお訊ねします。現在妊娠している、あるいは妊娠している可能性はありますか？
 [なし ・ あり (カ月) ・ わからない]