

外 来 予 診 表

お手数ですが下の予診票にご記入下さい

年 月 日

ふりかな	生年月日（明・大・昭・平） 年 月 日（ ） 歳		
お名前	性別（男・女）	ご職業	
	電話番号（ ）	—	
	携帯番号（ ）	—	
	緊急連絡先（ ）	—	
ご住所			
嗜好品：たばこ（吸う・本/日 吸わない【 】年前まで吸っていた）			
お酒（飲む・ビール 酒 焼酎 1日 合・ml 飲まない）			
※今日は飲んだり食べたり した・していない		身長	cm
時頃		体重	kg

1. 今日はいつからどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に○をつけて下さい。

いつ頃…（ 日・週間）前より（ 年 月 日）頃より
* 頭痛 * 吐気 * 嘔吐 * めまい * 手足のしびれ * 手足のまひ * 胸の痛み * 動悸 * 息切れ * 息苦しい * 脈がつかしい * 身しぼり * 残尿感 * 血尿 * 尿の回数が多い * 尿の出が悪い * 腹痛 * 下痢 * 便秘 * 吐血・下血 * 食欲がない * 熱 * 咳 * 痰 * 喉の痛み * 鼻水・鼻づまり * 検査の結果で精密検査のため * 検査の希望で 他（ ）
※その他何かありましたら記入して下さい

2. 現在、治療中の病気がありますか？（はい・いいえ）

「はい」の方 病名（ ）
内服している薬名（ ）

3. 今までに入院するような病気にかかったことがありますか？（はい・いいえ）

また手術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

「はい」の方 病名（ ）
（ ）歳するとき（ ）日間位入院

4. 今までに注射や薬で気分が悪くなったことがありますか？（はい・いいえ）

「はい」の方 薬品名（ ） わからない

5. 女性の方へ

現在妊娠は？ している・していない・わからない
月経は？ 順・不順・月経中・閉経

6. 今日はどなたと来院されましたか？ 本人のみ 家族（ ） その他（ ）

※ありがとうございました。

ご不明な点、わからない点がありましたら問診を行う看護師へ相談ください

看護師サイン