藤元上町病院

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

ふりがな	生年月日（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　本人以外　（　　）　—　(続柄　　)
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（　　時頃）・していない

1．今日はいつからどのような症状で来院されましたか？あてはまる項目に〇をつけて下さい。

いつ頃・・・（　　日・週間）　前より　（　年　月　日）頃より
☐ 熱　☐ 咳　☐ 痰　☐ 喉の痛み　☐ 鼻水・鼻づまり
☐ 腹痛　☐ 下痢　☐ 吐気　☐ 嘔吐　☐ 食欲がない
☐ 胸の痛み　☐ 動悸　☐ 息苦しい　☐ 脈がおかしい
☐ 頭痛　☐ めまい
☐ 身しぼり　☐ 残尿感　☐ 血尿
☐ 検診の結果で精密検査のため　☐ 検査の希望で　（ 検査名　　）

※その他何かありましたら記入して下さい

●他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？　☐ いいえ　☐ はい

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（　　）
（ いつ頃に貰いましたか　　）

3．今までに入院するような大き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（　　）（　　）歳のとき（　　）日間位入院

4．今までに食品・注射や薬で気分が悪くなったり、アレルギー等はありますか？　（　はい ・ いいえ　）
☐ 薬や注射（　　）☐ 食べ物（　　）　☐ 花粉症・ハウスダスト
☐ その他（　　）

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

書式41：20250201