

患者番号： _____

済生会西条病院

氏 名： _____

性 別： 男 女

共 通 問 診 票

生年月日：昭・平・令 年 月 日

1. ほかの医療機関からの紹介状をお持ちですか。【 はい ・ いいえ 】

※「はい」の場合  医療機関名 (_____)

2. 一緒に暮らしている方を教えてください。

☐ 親 ☐ 配偶者 ☐ 子供 ☐ その他 (_____)

3. ご自分の病状についてお知らせしてもよい方を教えてください。

氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____

氏名： _____ 続柄： _____ 電話番号： _____

4. 今まで治療などを受けたことがある病気があれば教えてください。

☐ 糖尿病 ☐ 高血圧症 ☐ 高脂血症・脂質異常症 ☐ 高尿酸血症

☐ 心・血管疾患 ☐ 肺疾患（喘息） ☐ 肝疾患 ☐ 脾疾患

☐ 胆道系疾患 ☐ 大腸疾患 ☐ 胃十二指腸疾患 ☐ 結核 ☐ 甲状腺疾患

☐ 腎疾患 ☐ 血液疾患 ☐ 泌尿器疾患 ☐ 乳腺疾患 ☐ 婦人科疾患

☐ 整形疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 精神科疾患 ☐ 白内障 ☐ 緑内障

☐ がん ☐ アレルギー疾患 ☐ その他 (_____)

★その病気・手術歴などについて詳しく教えてください。

病名 _____ 病院名 _____ いつ頃 _____ 年 _____ 月から

病名 _____ 病院名 _____ いつ頃 _____ 年 _____ 月から

病名 _____ 病院名 _____ いつ頃 _____ 年 _____ 月から

5. 現在、ほかの医療機関に通院しておられますか。【 はい ・ いいえ 】

「はい」とお答えの方、医療機関、主治医、受診開始日、病名をお教えてください。

その場合に内服しているくすりを教えてください。もしくはお薬手帳をお見せください。

●裏面あり●

※有りの場合  くすりの名前： _____

どんな症状でしたか： 発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他（ _____ ）

※有りの場合  該当する食物：

どんな症状でしたか： 発疹・あかみ・かゆみ・水ぶくれ・発熱・その他（ ）

ご協力ありがとうございました。