山田外科クリニック
YAMADA SURGICAL CLINIC

予診票

診察の参考にいたしますので、
できるだけ詳しくご記入ください。

フリガナ お名前		生年月日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年　月　日（　歳）
ご住所	〒　－	電話番号	（　）　－

A 本日の受診理由（どのような症状で来院されましたか）

☐ 痛み　☐ けが(外傷)　☐ 腫れ
☐ しびれ　☐ 発熱　☐ できもの
☐ 胃腸の症状（腹痛・吐き気・下痢・便秘 など）
☐ その他（　）

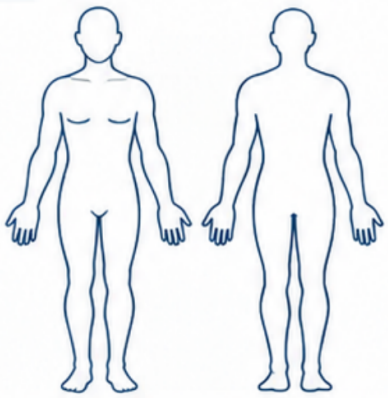
B その症状はいつからですか？

☐ 今日から　☐ 昨日から　☐（　）日前から
☐（　）週間前から　☐（　）か月前から　☐（　）年前から

C きっかけ・原因はありますか？

☐ 特に思い当たらない　☐ けが・転倒　☐ スポーツ　☐ 仕事中　☐ 家事・日常動作
☐ その他（　）

D 症状の部位（あてはまる部位に〇をつけてください）



☐ 頭　☐ 首
☐ 胸
☐ 腹（おなか）
☐ 肩　☐ 背中
☐ 腰　☐ 腕（右・左）
☐ 手（右・左）
☐ 股関節　☐ 大腿（太もも）
☐ 膝（右・左）
☐ 下腿（ふくらはぎ・すね）
☐ 足（右・左）
☐ その他（　）

E 痛みの強さ（0〜10でご記入ください）

0　1　2　3　4　5　6　7　8　9　10

痛みなし　　最も強い痛み

F 現在治療中の病気はありますか？

☐ ない
☐ ある（病名：＿＿＿＿＿＿）

G 現在飲んでいる薬はありますか？

☐ ない
☐ ある（お薬手帳：☐ あり　☐ なし）

薬の名前（わかる範囲でご記入ください）

H アレルギーはありますか？

☐ ない
☐ ある
☐ 薬（薬の名前：　）
☐ 食べ物（　）
☐ その他（　）

その他、医師に伝えたいことがあればご記入ください

女性の方へ（ご回答ください）

☐ 現在、妊娠の可能性がある
☐ 現在、妊娠中である（妊娠　週）
☐ 授乳中である
☐ どれにもあてはまらない