AKA 外来問診票

以下にお答えいただきますよう、ご協力お願いいたします。

山形徳洲会病院整形外科 AKA 外来担当医　　銭谷雅博

お名前

生年月日　　年　　月　　日　　ご職業

１、いつごろから、どのような症状がありますか。

２、今回の症状について、ほかの病院で診察を受けましたか

はい（　病名：　　）　　いいえ

３、今までに病気したり、手術を受けたりしたことがありますか。

はい（　　）　　いいえ

４、今までにお薬や注射、食べ物などで具合が悪くなったりしたことがありますか。

はい（　　）　　いいえ

５、当院の AKA 外来のことをどのようにして、お知りになりましたか。

知人から　　インターネットから　　その他（　　）

以上です。どうもありがとうございました。