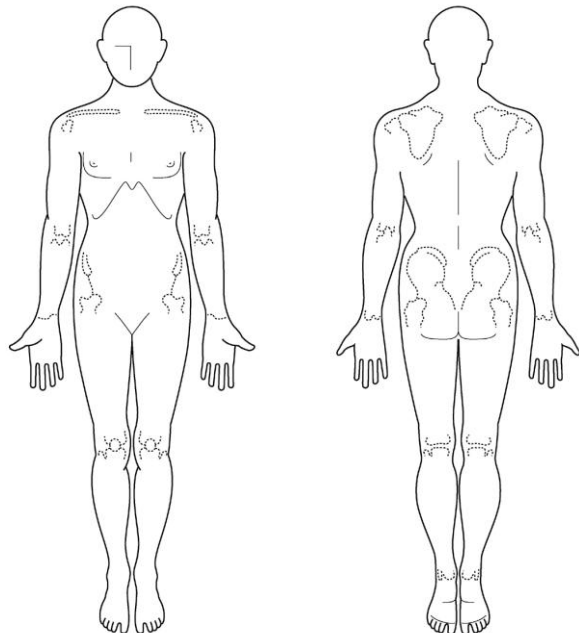


# 褥瘡外来問診票

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 男・女  
\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生まれ \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

1. 褥瘡のある場所に○を付けてください



2. 褥瘡は第何度ですか？何色ですか？ \_\_\_\_\_

3. 褥瘡はいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_

4. 今まで褥瘡で治療したことがありますか？

ない・ある 病院名 \_\_\_\_\_

治療内容 \_\_\_\_\_

5. 褥瘡について困っている事は？ \_\_\_\_\_

6. 今までにかかったことのある病気・ケガはありますか？

7. 現在内服中の薬 ない・ある 薬品名 \_\_\_\_\_

8. 診察希望日・時間 第一希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

第二希望 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時

9. あなたの氏名、所属、電話番号等連絡事項をお書きください

送付先 地域医療センター TEL:0567-28-5151(内線 2112) FAX:0567-28-6653