

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

外科問診票

氏名 _____ 様 男・女 _____ ご職業 _____
生年月日 明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳
身長 _____ c m 体重 _____ k g

1 本日はおもにどのような症状で来院されましたか？

いつ頃から (_____)
どのような症状で
(_____)

2 いままでにかかったことのある病気について教えてください。

- なし
 あり ・心臓病 ・高血圧 ・糖尿病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・脳梗塞
・がん ・胃潰瘍 ・喘息 ・虫垂炎 ・大腸ポリープ
・ヘルニア その他 (_____)

3 現在 他院で診察を受けたり治療中の病気はありますか？

- いいえ
 はい 医療機関名 (_____)
疾患名 (_____)
飲んでいる薬 (_____)

4 いままでに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？

- いいえ はい 薬 (_____)
食べ物 (_____)

5 タバコ お酒をお飲みになりますか？

- タバコ 吸わない 禁煙歴 (_____)
 吸う (1日 _____ 本) 喫煙歴 (_____)
お酒 飲まない 飲む

6 女性の方にお伺いします。

妊娠の可能性 なし あり 授乳中 はい いいえ

ご協力ありがとうございました。
辻仲病院 柏の葉 外科外来