

患者ID ()

外科 問診票

記入日: 20 年 月 日

フリガナ		男 女	生年 月日	平・昭・大・明 年 月 日	歳	
氏名						
職業		身長cm		体重kg		分院歴
【女性の方のみお答えください】						☐ 東葛辻仲病院 ☐ アルト新橋クリニック ☐ 辻仲柏クリニック ☐ つくばクリニック
Q. 現在妊娠していますか はい(現在妊娠 カ月)・いいえ・不明						
Q. 現在授乳中ですか はい・いいえ						
Q. 出産回数 () 回						

本日はどのような症状で来院されましたか 該当するものを○で囲んでください

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？
いつ頃から ()
どんな症状で
()

2. 既往歴
Q. 今までにかかったことのある病気・現在治療中の病気に○をしてください
①高血圧 ②糖尿病 ③心臓病 (不整脈・心筋梗塞・狭心症・心不全) ④前立腺肥大 ⑤脳梗塞・脳出血
⑥緑内障 ⑦肝臓病 (___型肝炎) ⑧腎臓病 ⑨喘息 ⑩精神疾患 ⑪がん () 癌)
⑫その他 ()
Q. 今までに手術を受けたことがありますか [なし・あり]
病名: / 手術を受けた時期 ()
病名: / 手術を受けた時期 ()

3. 現在の内服薬について
Q. 現在服用中のお薬はありますか [ある・ない]
Q. 血液がさらさらになるお薬を服用していますか
はい・いいえ
* 以下に現在服用しているお薬名をご記入ください
()
Q. お薬手帳の持参はありますか [ある・ない]

4. アレルギーについて
Q. アレルギーはありますか [なし・あり]
お薬 ()
食べ物 ()
局所麻酔薬 ()
消毒薬 ()
その他 ()

5. 嗜好品について
タバコ : 吸わない・吸う(1日 本)
飲酒 : 飲まない・飲む(1日量:)

6. 3ヶ月以内の海外渡航歴はありますか？
いいえ はい 場所 ()
いつ ()