

外科問診票

平成 年 月 日

より良い医療を受けて頂くために、患者様からの情報が大切です。お手数ですが、診察の前に下記の質問にお答えください。なお、この問診票は患者様に提供する診療以外の目的で使用することはありません。

ふりがな
お名前 _____ 様 () 才 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 _____

1. いつ頃から、どこの具合が悪くて受診されましたか？

[_____]

2. 以前にかかったことのある病気や手術、現在治療中の病気がありましたらご記入ください。

[病名・いつから・治療を受けている病院など]

3. 現在服用中の薬はありますか？

- ・は い (薬名 _____)
- ・いいえ

4. 輸血を受けたことはありますか？

- ・は い
- ・いいえ

5. 喫煙・飲酒についてお伺いします。

- ・喫 煙 しない する (本/日)
- ・飲 酒 しない する (本/日)

6. 今までに薬や食べ物で具合が悪くなったこと (アレルギー) はありますか？

- ・は い(薬名・食品 _____)
- ・いいえ

7. 女性の方のみお答えください。

妊娠の可能性はありますか？ ・は い (妊娠 ヶ月) ・いいえ

8. その他医師に相談したいこと、希望される検査などがありましたらご記入ください。

[_____]