

# 外科問診表

【名前】

記入日； 年 月 日

I. 本日は、どうされましたか？（いつから、どこを、どうされましたか？）

---

---

II ◆ .定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある（ ）

◆ .いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある（内容： ）

◆ 血がとまりにくくなる薬を飲んでますか？（バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど）

飲んでいる 飲んでいない

◆ .今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある（ ）

◆ .アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物（果物含む）・ゴム製品などで蕁麻疹やショックなど）

ない ある（ ）

III. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

◆ 体重（変わらない・減った・増えた）

◆ 便秘（ふつう・便秘・下痢） 1日\_\_\_\_回、または\_\_\_\_日に1回

◆ タバコ 吸わない・

吸う 1日\_\_\_\_本 \_\_\_\_年間 やめた\_\_\_\_年前

◆ アルコール 飲まない

飲む ① 種類（ ）を  
② 毎日・週に数回・月に数回・付き合い程度 で  
③ 量は、\_\_\_\_ぐらい

IV. ご家族（血縁）に下記の病気や、またそのため亡くなった方がおられますか？

ない ある（→ ある場合は下記の欄に○をしてください。）

ガン [ 肺 胃 肝臓 乳 子宮 その他 ( ) ]
高血圧 心臓病 結核 糖尿病 脳卒中 肝臓病

V. 女性の方のみご記入ください。

生理はありますか？（順調 不順 閉経）

現在、妊娠の可能性はありますか？（ある ない わからない） 最終月経 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日