

外科問診票

【名前 _____】記入日； 年 月 日

1. 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？）

2. 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（ _____ ）

3. いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある（内容： _____ ）

4. 血がとまりにくくなる薬を服用されていますか？（バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど）

ない ある（内容： _____ ）

5. 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（ _____ ）

6. 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（ _____ ）

7. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

① 体重（変わらない・減った・増えた）

② 便秘（ふつう・便秘・下痢） 1日 _____ 回、または _____ 日に1回

③ タバコ 吸わない・吸う 1日 _____ 本 _____ 年間 やめた _____ 年前

④ 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

8. 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

9. 女性の方のみご記入ください。

① 生理はありますか（順調 不順 閉経）

② 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

③ 現在、授乳中（はい：産後 _____ 年 _____ か月）

④ 現在 ピル・女性ホルモンを服用されていますか（はい：内容 _____ ）

