

# 外科問診票

【名前 \_\_\_\_\_】 記入日； 年 月 日

- マイナ保険証による診療情報取得に同意されますか

はい いいえ

- 他の医療機関からの紹介状はありますか

はい いいえ

- 1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか

※マイナ保険証による診療情報取得に同意された方は記載不要です

はい（受診時期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月 指摘事項：\_\_\_\_\_）

いいえ

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 便通（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

→裏面もあります

