

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 ____）

→裏面もあります

