

## 外科外来 問診票

(ID: )

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 男 ・ 女

◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない する 持っていない

① 来院された理由をお聞かせください。

②①の症状はいつ頃からですか。( 年 月 日頃より )

③現在、治療中の病気はありますか。また、何か薬をもらっていますか。

病院名 ( ) 紹介状 あり ・ なし

病名 ( )

薬の名前 ( )

⑤今までにかかった大きな病気や手術はありますか。

( 年 月 病名 )

( 年 月 病名 )

( 年 月 病名 )

⑥薬や注射薬(抗生物質や痛み止めなど)でアレルギー反応(息苦しさや発疹、発熱など)が出たことはありますか。

はい 薬の名前 ( ) いいえ

⑦たばこはお吸いになりますか。

吸う (1日 本 歳より) 吸わない

⑧お酒は飲まれますか。

はい ※一日どれくらい飲みますか。( ) いいえ

⑨3ヶ月以内に海外の渡航歴はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方.....渡航した国(都市まで記入)( )

渡航期間( 年 月 日~ 年 月 日)

⑩女性の方にうかがいます。

妊娠している ( ヶ月) 又は妊娠の可能性が あり ・ していない

⑪診察を受けるうえで、特に心配な事や、ご希望などありましたらお聞かせください。