

外科外来 問診票

(ID:)

氏名 _____ (才) 男 ・ 女

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

◆ マイナ保険証による診療情報取得に同意 する しない 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 ()

④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)

⑤薬や注射(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

⑥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

⑦お酒は飲めますか。

はい ※一日どれくらい飲みますか。() いいえ

⑧3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)

⑨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 ある ・ していない

⑩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。