

総合外科問診表

令和 年 月 日

フリガナ

氏名 _____ (男・女)

診察券番号 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 年齢 才

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下さい

② ①の症状はいつ頃からですか (年 月 日頃から)

③ 現在治療中の病気はありますか

はい(病名: _____) ・ いいえ

④ 現在服用してる薬はありますか

はい(薬剤名: _____) ・ いいえ

⑤ 薬や注射薬などでアレルギー反応が出た事がありますか

はい(薬剤名: _____) ・ いいえ

⑥ タバコは吸いますか

はい (1日 本) ・ いいえ

⑦ お酒は飲みますか

はい ・ ときどき ・ いいえ

⑧ 身長 _____ cm ・ 体重 _____ kg

⑨ 3ヶ月以内に海外へ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 女性の方にお聞きします

妊娠はしていますか

はい(ヶ月) ・ 妊娠の可能性があるので ・ いいえ

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すか