

外科問診票

(ふりがな)

お名前

性別: 男・女

年齢()歳

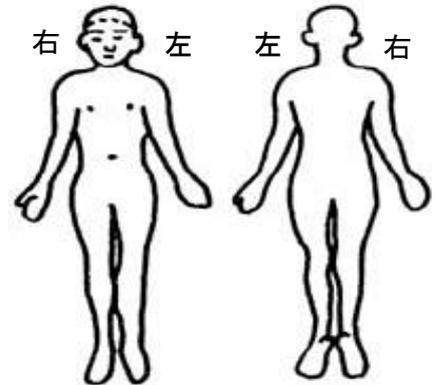
※ 以下の該当する項目に☑を入れて下さい

年 月 日

、 紹介状はお持ちですか はい (当院・他院)

いいえ

、 診て欲しいところはどこですか
右の絵にしるしをつけてください →



、 どうされましたか

しこり できもの 痛み 傷

その他 ()

、 その症状はいつからですか
月 日 頃から

、 考えられる原因はありますか

ない

ある ()

、 塗り薬・飲み薬・注射などで何か症状が出たことがありますか

ない

ある ・どんな薬(注射) ()

・どんな症状 ()

、 今までにかかったことのある病気がありますか

ない

ある → 糖尿病 ぜんそく 心臓病 高血圧 肝臓病 腎臓病

その他 ()

、 下記の薬をのんでいますか

ない

ある → 心臓の薬 血をかたまりにくくする薬

、 今までに受けた手術がありますか

ない

ある ()

※ 1ヶ月以内に 海外へ行かれたか? はい いいえ

※ 小学生以下の方のみご記入ください

・体重 () kg

・最近受けた予防接種 ない ある 種類 ()

時期 (年 月 日)

※ 女性の方のみご記入ください

・現在妊娠中ですか はい いいえ

・現在授乳中ですか はい いいえ