

外科問診票

年 月 日

ID _____ 氏名 _____ 年齢 _____

体温 _____ 度 身長 _____ cm 体重 _____ kg

- ◆ 本日はどのような症状での受診ですか
 - ・いつ頃(年 月 日頃から)
 - ・どのような症状・経過ですか？

○上記のことで他の病院に行きましたか 行かない 行った
(いつ どこに 内容)

- ◆ 現在通院中の医療機関はありますか ない ある (病院名)

服用している薬はありますか ない ある (薬剤名)
(ある方は説明書などをみせてください)

- ◆ サプリメントなどの健康食品を飲んでいますか
ない ある (サプリメントの名前)

- ◆ 今までに大きな病気をしたことがありますか
(病名 治療内容 何歳)

- ◆ 今までに輸血を受けたことがありますか ない ある
(病名 何歳)

- ◆ アレルギーがありますか 薬物 ない ある (薬品名)
食物 ない ある ()

★女性のみ 月経はありますか なし ある(最終月経)
妊娠の可能性 なし ある(現在 月)
授乳中ですか いいえ はい

- ◆ 処方はどちらを希望されますか 院内処方 院外処方