

# 外科問診票

平成 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