心臓血管外科問診表

年　月　日

氏名　　男・女　　年齢　　才

1）今日は食べたり、飲んだりしましたか。

食べた　飲んだ　いいえ

2）診てもらいたい部位はどこですか。あてはまるものに○印をつけて下さい。

頭・頚・肩・肺・心臓・胃・肝臓

胆のう・腸・手足・健診でひっかかった

その他（　　）

3）いつ頃から、どのような症状がありますか。

〔　　〕

4）次の問いに答えて下さい。

○便は毎日でますか。　はい　いいえ

○食欲はありますか。　はい　いいえ

○女性の方だけ答えてください。

現在妊娠していますか。　はい　いいえ

生理は、順調ですか。　はい　いいえ

5）今迄に手術や入院したことがありますか。

はい（　）才頃　病名（　　）

いいえ

6）アルコール・タバコはされますか。

アルコール　はい（　）合、本、杯／日　いいえ

タバコ　はい（　）本／日　いいえ

7）今迄に薬や食物でアレルギーはありますか。

はい　いいえ

8）予約外来を行ってますが、来院希望曜日がありますか。

はい（　）曜日　いいえ

9）希望の先生はありますか。

はい（　）先生　いいえ

H23.4. 1,000