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・くび・胸（乳房・肺・心臓）・腹（胃・腸・肝臓・胆のう・膵臓・他）

肛門・手・足・健診で異常

その他（　　）

3）いつ頃から、どのような症状がありますか。

［　　］

4）現在内服している薬はありますか

有（　　）　　無

5）次の問いに答えて下さい。

○食欲はありますか。　　はい　　いいえ

○便は毎日でますか。　　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

6）今迄に手術や入院をしたことがありますか。

はい（　　）才頃　　病名（　　）

いいえ

7）アルコール・タバコはいかがですか。

アルコール　　はい（　　）合、本、杯／日　　いいえ

タバコ　　はい（　　）本／日　　いいえ

8）今迄に薬や食物でアレルギーはありますか。

はい　　いいえ

9）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

10）紹介状をお持ちですか。

はい　　いいえ

11）希望の先生はありますか。

はい（　　）先生　　いいえ

H18.8. 3,000