

胸部外科問診表

年 月 日

(呼吸器外科 ・ 心臓血管外科)

氏名

男 ・ 女

年齢 才

身長 cm

体重 kg

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 ・ 頸 ・ 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) 予約外来を行っていますが、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