

外科問診表

【名前】

I. 本日は、どうされましたか？（いつから、どこを、どうされましたか？）

II ◆ 定期的に診察を受けている疾患はありますか？ どちらの医療機関にかかっていますか？

ない ある（ ）

◆ いつも服用されているお薬はありますか？

ない ある（内容： ）

◆ 血がとまりにくくなる薬を飲んでますか？（バイアスピリン・ワーファリン・プラビックスなど）

飲んでいる 飲んでいない

◆ 今までに入院したことや、手術をうけられたことはありますか？ また何才ごろですか？

ない ある（ ）

◆ アレルギーはありますか？（薬・注射・食べ物などで 蕁麻疹やショックなど）

ない ある（ ）

III. 最近の身体状況や生活習慣についてお尋ねします。

◆ 体重（変わらない・減った・増えた）

◆ 便秘（ふつう・便秘・下痢） 1日____回、または____日に1回

◆ タバコ 吸わない・

吸う 1日____本 ____年間 やめた____年前

◆ アルコール 飲まない

飲む ① 種類（ ）を

② 毎日・週に数回・月に数回・付き合い程度で

③ 量は、____ぐらい

IV. ご家族（血縁）に下記の病気や、またそのため亡くなった方がおられますか？

ない ある（→ ある場合は下記の欄に○をしてください。）

ガン〔肺 胃 肝臓 乳 子宮 その他（ ）〕

高血圧 心臓病 結核 糖尿病 脳卒中 肝臓病

V. 女性の方のみご記入ください。

生理はありますか？（順調 不順 閉経）

現在、妊娠の可能性はありますか？（ある ない わからない） 最終月経 ____月 ____日