

外科 問診票

診療日
令和 年 月 日

医師記入欄

氏名() 年齢() 男・女
生年月日: 明・大・昭・平 年 月 日

* 症状を詳しく書いてください

1.いつから具合が悪いですか？または、ケガをしたのはいつですか？

()

症状があるところに○をつけてください。

2.どのような症状ですか？

3.一番つらい症状は何ですか？

4.アレルギーはありますか？

なし・あり()

5.現在、他の病院に受診していますか？

なし・あり()

6.現在、飲んでいる薬がありますか？

なし・あり()

7.悪性の病気の場合告知を希望されますか？

いいえ・はい()

8.今まで入院・手術などしたことがありますか？

いいえ・はい()

9.既往歴はありますか？

いいえ・はい()

10.現在妊娠の可能性はありますか？

いいえ・はい 「はい」の方→ 妊娠週数 ____ 週 ____ 日

