

問 診 票

受診日 年 月 日

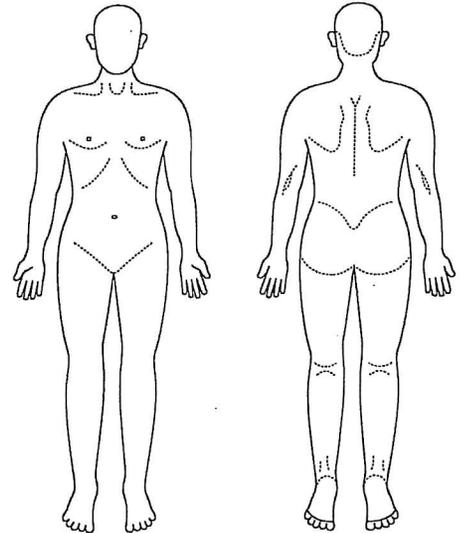
お名前 _____ 様 性別：男・女 年齢（ ）才

身長（ ）cm 体重（ ）kg

本日はどの診療科を受診されますか？

- ・外科
- ・皮膚科
- ・腎泌尿器外科

1. 本日はどうされましたか？症状をお教えてください。



2. それはいつ頃からですか？

_____ 時間位前 _____ 日位前

3. そのためにお薬を使いましたか？

- ・はい（お薬名： _____ ）
- ・いいえ

4. 現在、他院でもらって飲んでいる薬がありますか？

- ・はい（お薬名： _____ ）
- ・いいえ

5. 現在、治療中の病気があれば○をつけて下さい。またそれはいつ頃からですか？

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| ・脳疾患（ ）（ _____ 才頃） | ・肝臓病（ ）（ _____ 才頃） |
| ・腎臓病（ ）（ _____ 才頃） | ・心臓病（ ）（ _____ 才頃） |
| ・高血圧（ ）（ _____ 才頃） | ・糖尿病（ ）（ _____ 才頃） |
| ・胃潰瘍（ ）（ _____ 才頃） | ・が ん（ ）（ _____ 才頃） |
| ・その他（ _____ ）（ _____ 才頃） | |

6. 今まで薬や食べ物でアレルギー症状（発疹や気分不良等）を起こしたことがありますか？

- ・はい（薬・食べ物の名前： _____ ）
- ・いいえ

7. 過去に大きな病気にかかった、入院もしくは手術をされたことがありますか？

- ・はい（病名： _____ ）（病院名： _____ ）
- ・いいえ

8. お酒は飲みますか？

- ・飲む（種類・量： _____ ）
- ・飲まない

9. タバコは吸われますか？

- ・吸う（1日 _____ 本）（喫煙歴 _____ 年）
- ・吸わない

10. (女性の方のみ) 現在、妊娠されていますか？

- ・している（ _____ 何ヶ月）
- ・していない
- ・わからない