

外科問診票

受診日 令和 年 月 日

氏名 _____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

★ 傷 (いつ:)
(どこで、どの様に:)

出血	ある・なし	化膿	ある・なし
----	-------	----	-------

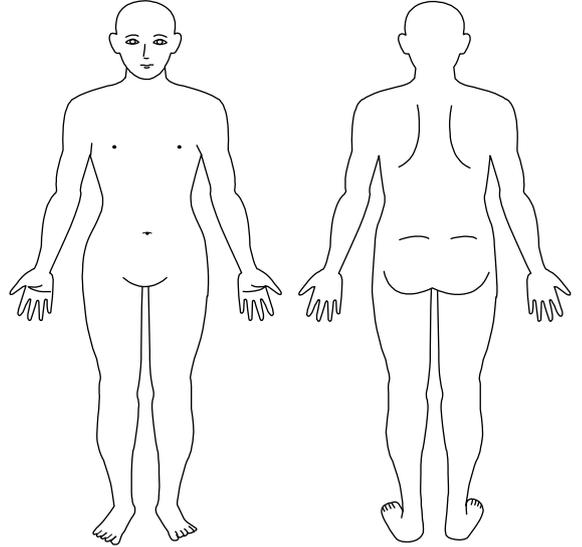
★ できもの・しこり
(いつから:)

痛み	ある・なし	赤み	ある・なし
化膿	ある・なし	腫れ	ある・なし

★ 痔 (いつから:)

出血	ある・なし	化膿	ある・なし
----	-------	----	-------

2. 症状のある部位に○をつけて下さい



3. 今までに大きな病気をしたり、現在治療されている病気はありますか？

下記に当てはまる病名の方は○をつけて下さい

高血圧・心臓病・脳梗塞・甲状腺機能異常症・喘息・肝臓病・腎臓病・緑内障・前立腺肥大・糖尿病

手術歴 (あり ・ なし)

4. 現在飲んでいる薬の名前が分かれば記入して下さい

★ お薬手帳をお持ちの方は看護師に渡して下さい

* 血液をサラサラにする薬を飲まれていますか？ (はい ・ いいえ)

5. アレルギーはありますか？ (はい ・ いいえ)

6. たばこを吸いますか？ (はい ・ いいえ)

7. お酒は飲みますか？ (はい ・ いいえ)

8. 現在妊娠していますか？ (はい ・ いいえ ・ 可能性がある)

授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)

9. 検査データや紹介状があれば受け付けに提出して下さい

ご協力ありがとうございました

(患者 ID:) 医療法人メディカルパーク 野村病院