

受診日： 年 月 日

外科外来を受診される方へ

氏名 _____ 男・女 (年齢 才) 体温 (_____ °C)
身長 _____ cm
職業 _____ 体重 _____ kg

*適切な治療を受けていただくため、下記の事項についてお答え下さい。

他の医療機関からの紹介状をお持ちの方は受付へお渡してください。

1アレルギーはありませんか

1. のみ薬、注射薬のアレルギー(抗菌薬、造影剤、かぜ薬、痛み止め など)

なし あり 薬品名 _____
症状 _____

2. 食物アレルギー(卵、乳製品、牛肉、そば、小麦、かに、えび、ピーナツなど)

なし あり 食品名と症状 _____

3. その他のアレルギー(アルコール、ゴム製品など)

なし あり 物質名と症状 _____

2 今までに診断されたことや、現在治療を受けている病気があれば○で囲んで下さい。

1) 心臓病 高血圧 脳卒中 糖尿病 貧血 リウマチ 結核

喘息 腎臓病 消化器疾患(肝臓・胆嚢・すい臓・胃・十二指腸・大腸・盲腸)

その他(_____)

2) 乳腺に関する病気(乳癌 のう胞 乳腺症 線維腺腫 その他: _____)

3) 現在、薬を服用されていますか? (はい いいえ)

薬の名前(_____)

本日お薬手帳持参されていますか? (はい いいえ)

3 手術を受けられた事がありますか? (はい いいえ)

病名・術式・時期 (_____)

4 血縁者で、がんと診断された方はおられますか?

乳がん (誰が… _____) 膵がん(誰が… _____) 卵巣がん(誰が… _____)

大腸がん (誰が… _____) 胃がん(誰が… _____)

その他(誰が… _____ 何がん(どこのがんになりましたか)… _____)

⇒裏面に続きます

5 普段の生活状況について、おたずねします。

- 1) タバコ : 吸う (_____ 本/日 喫煙歴 _____ 年) ・ やめた (喫煙歴 _____ 年) ・ 吸わない
- 2) お酒 : 飲む (毎日・週 _____ 日・時々 / 種類や量 _____ / 日 飲酒歴 _____ 年)
飲まない・やめた (飲酒歴 _____ 年)
- 3) 便秘 : _____ 日 _____ 回 (普通 かたい やわらかい 下痢 黒色 白色 血便)
- 4) 食欲 : ある 普通 不振 (いつからですか?)

6 以下の項目に該当するものにチェックをいれて下さい。

- 妊娠中 授乳中 豊胸手術を受けたことがある
- 医療機器留置中 (以下の項目から選択)
- ペースメーカー VPシャント (脳室 - 腹腔シャント) CVカテーテル
- インスリンポンプ リブレセンサー その他 (_____)
- 全てあてはまらない

7 体のどこの部位の症状ですか

- おしり → 別紙の問診表にご記入ください
- 乳房 → 別紙の問診票にご記入ください
- お腹

1) いつから、どこが、どのような症状で、どのような時におこりますか

2) 今回具合が悪くなって、どこかで診察を受けましたか はい いいえ

3) 本日本食事はされましたか はい (_____ 時頃) いいえ

8 医師や看護師に、望まれる事がありますか？

当院はマイナ保険証によるオンライン資格確認により診療情報及び薬剤情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力お願いいたします。

ありがとうございました。