


外科問診票

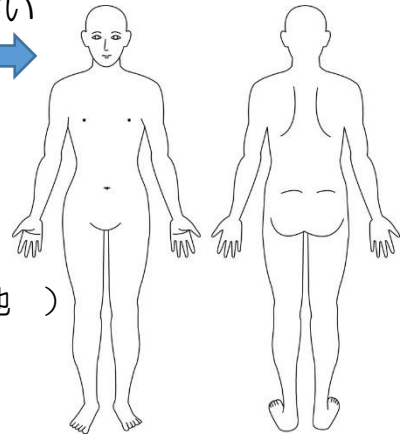
ふりがな お名前	生年月日 T/S/H 年 月 日 () 歳	性別 男・女	体温 ℃
住所 〒 —			
電話番号	携帯電話		

おわかりになる範囲でけっこうですので、以下の質問にお答えください

- どうされましたか？ 部位を示してください（右図） 
以下のあてはまる症状をチェックしてください

- けが やけど しこり
 肛門の痛み 肛門からの出血
 血便 その他 ()

- どのようにして受傷されましたか？
 転倒 事故 動物にかまれた（犬・猫・その他）
 お湯でやけど ガソリンでやけど 油でやけど
 その他 ()



- 現在治療中の病気
 高血圧 糖尿病 脳こうそく 不整脈 ぜんそく
 緑内障
 その他 ()

- 今、飲んでいるお薬 なし あり
おくすり手帳または薬剤情報提供書をお持ちの方は記入不要です。受付にお出してください。

- 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり

- 今までに歯の治療で麻酔をしたことはありますか？ なし あり
その後、何か異常はありましたか？ なし あり
()

- 今までに病気、入院、手術をされたことはありますか？ なし あり

・いつ

・病名

・病院名

- 生活習慣について

- ・お酒 飲む 飲まない
・たばこ 吸う（1日 本 年間） 吸わない 禁煙した（ 年前から）

- 女性の方にお伺いします

- ・妊娠の有無 なし あり ・授乳中ですか いいえ はい