

外科 ・ 整形外科 ・ 皮膚科 ・ 消化器科 ・ 呼吸器科 予診票

ご記入日 年 月 日

氏名 : 生年月日 : 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)

身長 cm 体重 kg 体温 °C ご職業

1) 本日はどのようなことがあり、来院されましたか？ できるだけ具体的にご記入下さい。 (いつから、何をしていた、どこが痛いかな等)		
2) いつから症状がありますか？		
3) かかったことがある、 または治療中の病気	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 胃、十二指腸潰瘍 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> けいれん発作 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 精神神経病 <input type="checkbox"/> 薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 血友病 <input type="checkbox"/> その他 (                      )	
4) 過去の手術の有無と時期	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	時期 :
5) 過去の手術病名・手術名	病名 :	手術名 :
6) 普段かかっている医療機関	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	医療機関名 :
7) 現在服用している薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬品名 :
8) 薬のアレルギーがある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	薬品名 :
9) 食品アレルギーがある	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	食品名 :
10) その他のアレルギー		
11) タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う (1日                      本) <input type="checkbox"/> 以前に吸っていた (                      才～                      才まで 1日                      本)	
12) 酒類	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> たまに飲む <input type="checkbox"/> 飲まない ビール    本/日                      清酒                      合/日	
13) 1ヶ月以内の海外渡航歴 (以下は女性の方のみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 国名:                      滞在期間:    月    日 ~    月    日	
14) 月経	<input type="checkbox"/> 順 <input type="checkbox"/> 不順 <input type="checkbox"/> 閉経                      ※ <input type="checkbox"/> 現在生理中	
15) 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠中	