

外科問診票

受診日 : _____

氏名 : _____

生年月日 : _____

性別 : _____ 年齢 : _____

1) 調子が悪くなったのは、いつ頃からですか？ 症状について詳しくご記入下さい。	
2) 現在どのような状態(症状)がありますか？ <input type="checkbox"/> 痛みがある () <input type="checkbox"/> 腫れ <input type="checkbox"/> しびれ <input type="checkbox"/> 傷 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 歩行可能 <input type="checkbox"/> 歩行不可能 <input type="checkbox"/> 腹痛 (<input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 左側 <input type="checkbox"/> 右側) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 肛門痛 <input type="checkbox"/> 肛門出血 <input type="checkbox"/> できもの () <input type="checkbox"/> その他 ()	
3) 現在服用しているお薬	<input type="checkbox"/> なし
4) 今までに手術をしたこと、大きな病気やケガ(事故を含む)をされたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある ()	
5) 今までに『心臓病・糖尿病・甲状腺の病気・緑内障・前立腺肥大症・喘息』と言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (<input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 甲状腺の病気 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> 喘息)	
6) アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬 () 食べ物 ()	
7) ご家族に大きな病気を経験された方はいらっしゃいますか？ <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 病名 ()	
8) 女性の方のみご記入下さい。 ・ 現在、妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> はい (月) <input type="checkbox"/> いいえ ・ 現在、生理中ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9) 2週間以内に海外への渡航歴がありますか？ <input type="checkbox"/> はい (国名: 帰国日:) <input type="checkbox"/> いいえ または、上記の方との接触がありますか？ <input type="checkbox"/> はい (国名:) <input type="checkbox"/> いいえ	

ID : _____

問診入力者 : _____