外科問診票

受診日　：

氏名　：　　生年月日　：

性別　：　　年齢　：

受診事由（該当に〇をして下さい）
1 交通事故
2 業務中もしくは通勤途上
3 上記以外

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？

□ 痛みがある　（

□ 腫れ　□ しびれ　□ 傷　□ 出血　□ 歩行可能　□ 歩行不可能

□ 腹痛　（ □　腹部全体　□ 上腹部　□ 下腹部　□ 左側　□ 右側　）

□ 下痢　□ 肛門痛　□ 肛門出血　□ できもの　（　　）

□ その他（　　）

3）現在、他の医療機関に通院されていますか？　□ はい　□ いいえ

医療機関名（　　）　受診科目（　　）

医療機関名（　　）　受診科目（　　）

4）現在服用しているお薬		□ なし

5）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？

□ ない □ ある（　　）

6）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？

□ ない

□ ある　（ □　心臓病　□ 糖尿病　□ 甲状腺の病気□ 緑内障　□ 前立腺肥大症□ 喘息　）

7）アレルギーはありますか？

□ ない □ ある　薬（　　）　食べ物　（

8）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？

□ いない　□ いる　病名（　　）

9）この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？ □ はい　□ いいえ

10）女性の方のみご記入下さい。

・ 現在、妊娠していますか？　□ はい（　　ヶ月）□ いいえ

・ 現在、授乳中ですか？　□ はい　□ いいえ

・ 現在、生理中ですか？　□ はい　□ いいえ

11宗教上の理由により輸血を拒否されますか？

□ はい　□ いいえ　□

12）マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　□ はい　□ いいえ

〇当院は診療情報を取得・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をお願いいたします。

ID　：

問診入力者　：