【外科　問診票】

ﾌﾘｶﾞﾅ

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　様　　男　・　女　　　　　　歳

1.いつから、どのような症状がありますか？

2.現在、他の医療機関に通院されていますか?

　　いいえ　・　はい　　　　歳から　病名　　　　　　　　病院名

3.これまで医療機関へ通院・入院したことがありますか？

　　いいえ　・　はい

歳から　病名　　　　　　　　病院名

4.現在飲んでいる薬はありますか？

　　いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

5.ご家族（血縁者）がかかられた病気はありますか?

　　高血圧　脂質異常症　糖尿病　狭心症　心筋梗塞　がん　その他（　　　　　　　　　）

6.喫煙はされますか？

　　いいえ　・　はい　　　　歳から　　歳まで　　　　本/日

7.飲酒はされますか?

　　いいえ　・　はい　　　　　歳から　　歳まで　種類・量は？

8.アレルギーはありますか？薬剤・食べ物・造影剤・その他

　　いいえ　・　はい（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

9.女性の場合、現在妊娠している可能性はありますか?

　　いいえ　・　はい　・　どちらともいえない

体温　　　　　　　呼吸数

血圧　　　　　　　SpO2

脈拍

身長　　　　　　　体重