

【外科 問診票】

フガナ

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

※ウラ面に続きます

10. 感染症についてお聞きします

1 週間以内にコロナ陽性者や濃厚接触者・インフルエンザ・風邪症状のある人との接触はありましたか？

はい（時期 _____ ） いいえ

過去 1 週間以内に新たに生じた症状はありますか？

のどの痛み 発熱 鼻水 頭痛 息切れ せき 味を感じにくい

においを感じにくい 該当なし