

内科・外科外来 問診表

以下の質問は診断治療に必要ですので必ずご記入ください 平成 年 月 日

氏名 _____ (男・女) 身長 _____ cm 体重 _____ kg
年齢 _____ 才 職業 _____ 体温 _____ °C
血圧 _____ mmHg 脈拍 _____ 回/分

1. 本日はどういった理由で来院されましたか。(必ず記入して下さい)
(例 3日前からお腹が痛い、再診を勧められたなど)

2. 今まで以下の病気にかかったことがありますか。また、手術を受けたことがある方は手術名を記入して下さい。

なし 高血圧 心臓病 糖尿病 肝臓病 胃十二指腸潰瘍
脳卒中 その他 () 手術名:

3. 現在、通院中の病院がありますか。

なし あり
ありの方 病院名 () 病名 ()
服薬名 ()
血液が止まりにくくなるようなお薬 なし あり: 薬名 ()

4. 血縁関係の中で以下の病気にかかった方がおられますか。

なし 高血圧 脳卒中 心臓病 糖尿病 肝臓病 結核
精神病 ガン その他(病名:)

5. 喫煙習慣 なし あり (1日 本 年間)
飲酒習慣 なし あり (ビール・酒 本:週 回)

6. 今までにアトピー性皮膚炎、気管支喘息、アレルギー性鼻炎などアレルギー体質と言われたことがありますか。

なし あり(病名) わからない

7. 今まで薬や食べ物で、副作用やじんましんが出たことがありますか。

なし あり (品名: 症状:)

8. レントゲン検査の時に使用する造影剤で副作用が出たことがありますか。

なし あり(検査名:) 検査を受けたことがない

9. 女性の方にお尋ねします。現在妊娠していますか。

なし あり (ヶ月) わからない

10. あなたの今後に対する考え方についてお尋ねします。

① もしガンと診断された場合、告知を希望されますか。 はい いいえ わからない

② 「私の心づもり」の用紙(もしもの時のために伝えておきたい事を書いた用紙)をお持ちですか
はい いいえ わからない

③ ドナーカード(臓器提供意思表示カード)をお持ちです はい いいえ わからない