

# 外科の診察を受けられる方へ

月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 才 (男・女) \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

☆症状のあてはまる所に○をつけてください。

年 月 日ころから \_\_\_\_\_ ところに \_\_\_\_\_

- ・けが (切り傷、すり傷、動物にかまれた、虫さされ) ・できもの ・しこり
- ・はれている ・化膿している ・いぼ ・やけど ・爪が皮膚にくいこんでいる
- ・静脈瘤 ・痔 (痛み、出血、かゆみがある)
- ・乳がん検診

\*気になる症状はありますか。

- ・はい (どのような \_\_\_\_\_) ・いいえ

\*今までに検診を受けたことがありますか。

- ・はい (年 月頃) ・いいえ
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

☆麻酔をかけて気分が悪くなったことがありますか。(歯を抜いた時など)

- ・はい ・いいえ

その他のアレルギーはありますか。

- ・はい (薬 \_\_\_\_\_) (食べ物 \_\_\_\_\_) (その他 \_\_\_\_\_)
- ・いいえ

☆今までに通院や入院したことがありましたらお書きください。

(特に糖尿病・高血圧・狭心症・心筋梗塞・脳疾患のある方は必ずお書きください。)

いつころ \_\_\_\_\_

いつころ \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

病院名 \_\_\_\_\_

☆のんでいる薬がありますか。

- ・はい ・いいえ 薬手帳をお持ちでしたら診察時にお出してください。

☆今日は誰と来ていますか。(1人・家族・知人・ヘルパー)

診察時介助の必要がありますか。

- ・はい (車いす・つえ・見えづらい  
・耳が遠いなど)
- ・いいえ

★女性の方にお伺いします。★

現在妊娠していますか。

- ・はい ・わからない ・いいえ
- 授乳中ですか。 ・はい ・いいえ
- 最終生理 月 日～ 月 日