

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

★下記の項目をご持参されていますか？

- 〔 ・ 診療情報提供書 (お手紙) (有 ・ 無)
・ CD (医療機関からのもの) (有 ・ 無) 〕

ご持参でしたら、
受付へご提出お願いします。

★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