

問 診 票 (外科用)

記入日 年 月 日

患者 ID () 氏名 年齢 才 (男・女)

身長 cm 体重 kg

※体形により薬の量が変わりますのでご記入下さい

★本日はどうされましたか？

年 月 日頃から

- ・けが（切り傷、すり傷、動物にかまれた、虫刺され）
- ・できもの
- ・しこり
- ・腫れている
- ・化膿している
- ・いぼ
- ・火傷
- ・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
- ・いいえ

どのような（ ）

※今までに検診を受けたことがありますか？

- ・はい
- ・いいえ

いつ頃（ 年 月 ）

- ・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？（抜歯した時など）

- ・はい
- ・いいえ

★アレルギーはありますか？

- ・はい
- ・いいえ

(薬) (食べ物) (その他)

★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。

★現在通院中の病気又はこれまでに入院や手術を要する病気をしたことがありますか

- ・いつころ
- ・病名
- ・医療機関名

★定期的に服用して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。

★タバコ（電子タバコも含む）を吸いますか。

- ・はい 1日 本（いつから ）
- ・いいえ

・やめた （吸っていた期間） 何才 ～ 何才 1日何本

★お酒は飲みますか。

- ・はい 1日量 回/週 酒類（ビール・焼酎・日本酒・ワイン・ウイスキー・その他）
- ・いいえ

★本日の受診に付き添いの方はいますか ・はい（ご関係 ） ・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（ 年 月 日～ 月 日）

★マイナ保険証（マイナンバーカードの保険証）による情報取得に同意しますか？

- ☐ はい
- ☐ いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いします。