

外科外来受診の方へ

氏名:	年齢:	診察券番号:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください)		Tel:

■ 具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこが悪いですか？ ()
いつからですか？ ()
どのような状態ですか？ ()

■ 今までに大きな病気、または入院・手術の経験がありますか？

なし
あり いつ頃ですか()
病名は()

■ ご家族に以下の病気の方がいらっしゃいますか？当てはまるものを○で囲ってください。

高血圧 糖尿病 脳卒中 心臓病 癌 精神病 喘息

■ アレルギーについて

薬のアレルギーはありますか？ (なし・あり :具体的に)
食べ物のアレルギーはありますか？(なし・あり :具体的に)
その他 ()

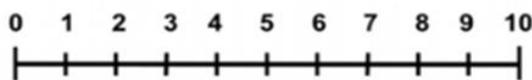
■ 常用薬がありましたら記載してください。

()

■ 嗜好品について

アルコール1日 (ビール 本、日本酒 合、洋酒)
煙草1日 (本)
コーヒー1日 (杯)

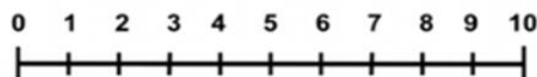
■ この1週間の気持ちのつらさを平均して、数字に○をつけてください。



つらさはない

最高につらい

■ その気持ちのつらさのためにどの程度、日常生活に支障がありましたか。



支障はない

最高に支障がある

■ 女性の方は、現在、妊娠の可能性の有無をお答えください。

なし・あり:最終生理 年 月 日 (順・不順)

■ 他医院からの紹介状はありますか？ (なし・あり)