

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)

- 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 )