

外科問診票

看護師記入時間 (:)

体温 °C 血圧 / mmHg

脈拍 回/分

呼吸数 回/分 Spo2 %

紹介状持参 無・有 ()

かかりつけ医 無・有 ()

持参資料 無・有 ()

付き添い 無・有 ()

お名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ () 歳

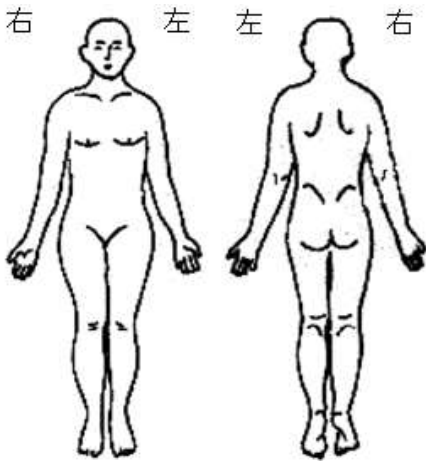
職業 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

【女性のみ】妊娠: していない・可能性あり・している() 週・授乳中

薬手帳 あり・なし 〈スキャナ不要〉

●いつから、どのような症状がありますか？

* 症状のある部位を図に示してください。



その症状はいつ頃からですか？
(_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から)

●現在治療中または今までかかったことのある病気・手術・輸血等がありましたら教えてください。

病気: がん()・狭心症・心筋梗塞・脳卒中(脳梗塞・脳出血・くも膜下出血)

喘息・高血圧・糖尿病・高脂血症

その他()

※血縁者の中で上記病気にかかれた方はいますか？

どなた()が、いつ() 病名()

手術: いつ() 術名()

輸血: なし・あり

●現在、飲んでいる薬や外用薬はありますか？ _____ ない・ある(薬手帳の無・忘れた方は下記に記載)
(_____)

●アレルギーはありますか？ _____ ない・ある(下記に記載)

気管支喘息・花粉症・食物()・薬()・造影剤

●生活歴について伺います。

喫煙…(吸わない・やめた・吸う) (_____ 本/日) (_____ 歳～ _____ 歳まで)

飲酒…(飲まない・やめた・飲む) 種類(_____) 量(_____ 合 _____ mL)

(_____ 歳～ _____ 歳まで _____ 回/週・月)

●マイナ保険証により診療情報取得に同意しましたか。(はい・いいえ)