

外科問診票

氏名 _____ 男 女 生年月日 _____ 年齢 _____ 才 _____

*介護申請について (未申請 ・ 申請中 ・ 申請済)

*申請済の方の介護度について 要介護 (1・2・3・4・5)
要支援 (1・2)

1 今日はどうされましたか。

(それはいつからどのような症状ですか。)

2 現在、治療中の病気はありますか。

はい いいえ

飲んでいる薬はありますか。

はい いいえ

(病名 :

)

(薬の名前 :

)

3 今までに入院・手術・治療を受けたことがありますか。

はい いいえ

(いつ頃 何の病気 (ケガ) ですか。)

4 生活習慣についてお聞きします。

アルコールは飲みますか → 飲む (1日に _____ を _____ 位) 飲まない

たばこは吸いますか → 吸う (1日 _____ 本 _____ 年間) 吸わない

5 今までに薬、注射、食べ物でアレルギーが出たり、気分が悪くなったことがありますか。

はい いいえ

6 今までに海外に行ったことがありますか。

はい いいえ

(いつ頃 _____)

7 診察にあたり、スタッフに希望があればご自由にご記入下さい。

(_____)

8 <女性の方へ> 最終月経はいつですか。 _____ 月 _____ 日より _____ 日間