

発行年月日
ID
氏名

様

外科用問診票

フリガナ		性別				
氏名						
生年月日	大正・昭和・平成・西暦	年	月	日生	満	歳
住所	〒 -					
自宅電話		携帯電話				
1. 今日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？						
<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ						
2. 今日どのような症状で来院されましたか？						
<input type="checkbox"/> 腹痛(部位:) <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 吐き気・嘔吐 <input type="checkbox"/> 胃痛 <input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 胃もたれ <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 肛門痛 <input type="checkbox"/> 他院で手術をすすめられた <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査(胃カメラ)を受けたい <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査(大腸カメラ)を受けたい <input type="checkbox"/> ケガ、外傷(部位:) , [仕事中のケガ、外傷ですか?: はい・いいえ] <input type="checkbox"/> その他()						
3. いつ頃から症状がありますか？						
()						
4. 今までにかかったことがある病気を教えてください。						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 緑内障(眼圧が高い) <input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 胃潰瘍 <input type="checkbox"/> 大腸ポリープ <input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> その他()						
5. 今までに手術を受けた経験はありますか？						
<input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> いつ頃ですか?() <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 病名は?()						
6. 今までに薬・食べ物でアレルギーが出たことがありますか？						
<input type="checkbox"/> なし → <input type="checkbox"/> お薬の名前() <input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> 食べ物()						
7. 麻酔の注射(歯科など)で気分が悪くなったことがありますか？						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
8. 現在服用中のお薬はありますか？						
<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → お薬の名前 () ※ 特に抗凝固剤(ワーファリンなど)や抗血小板剤(バファリン、バイアスピリンなど)のように血液を固まりにくくさせる(サラサラにする)薬を内服している時は、必ずお知らせください。 ※ おくすり手帳があれば、ご提示ください。						
9. 女性の方におたずねします。						
・妊娠の可能性は? : <input type="checkbox"/> あり(妊娠週数: 週 日) <input type="checkbox"/> なし ・授乳中ですか? : <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ・一番最近の生理は? : 月 日から 日間						

看護師確認