発行年月日
ID
氏名　　様

外科診療申込書

フリガナ				性別	
氏名					
生年月日	年　　月　　日　　満　　歳				
住所	〒　　-				
第一連絡先				第二連絡先	
身長	cm	体重	kg		

1．本日、他の医療機関からの紹介状、画像等をお持ちでしょうか？

□ はい　□ いいえ

2．本日はどのような症状で来院されましたか？

□腹痛（部位：　　）　□下痢　□便秘　□吐き気・嘔吐
□胃痛　□胸やけ　□胃もたれ　□血便　□肛門痛　□他院で手術をすすめられた
□胃内視鏡検査（胃カメラ）を受けたい　□大腸内視鏡検査（大腸カメラ）を受けたい
□ケガ、外傷（部位：　　、［仕事中のケガ、外傷ですか？： はい ・ いいえ］
□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。

□なし　□緑内障（眼圧が高い）　□不整脈　□心臓病　□高血圧
□あり ⟶ □糖尿病　□前立腺肥大症　□ぜんそく　□脳梗塞
□腎臓病　□肝臓病　□胃潰瘍　□大腸ポリープ
□がん　□その他（　　）

5．今までに手術を受けた経験はありますか？

□なし　いつ頃ですか？（　　）
□あり ⟶ 病名は？（　　）

6．今までに薬・食べ物でアレルギーが出たことはありますか？

□なし　お薬の名前（　　）
□あり ⟶ 食べ物（　　）

7．麻酔の注射（歯科など）で気分が悪くなったことはありますか？

□なし　□あり

8．現在服用中のお薬はありますか？

□なし
□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。
※お薬手帳があれば、ご提示ください。

9．女性の方にうかがいます。

・妊娠の可能性は？　□あり（妊娠週数：　週　日）　□なし
・授乳中ですか？　□はい　□いいえ
・一番最近の生理は？　月　日から　日間

□ 看護師確認

■ 上記症状により診療の申し込みを致します。