

# 外科問診表

平成 年 月 日

氏名

- 1) 今回どこが、どの様に悪くて来院されましたか？  
( )
- 2) 現在、当院もしくは他院にかかっている病気がありますか？  
ある (病名 )  
ない
- 3) 現在、飲んでいる薬がありますか？  
ある (薬の名前 )  
ない
- 4) 今までに病気、けがなどで、入院や手術をしたことがありますか？  
ある (病名 )  
ない
- 5) タバコや酒を飲んでいますか？  
(例 タバコ：1日10本を20年 ビール：1日1本を20年)  
( )
- 6) 薬や食べ物でショック、気分が悪くなる、発疹が出たことがありますか？  
ある アレルギー有無  
ない
- 7) 今までに麻酔をうけたことがありますか？  
ある (全身麻酔、腰椎麻酔、局所麻酔)  
ない
- 8) 7) であると答えた人で麻酔のときに何か異常がありましたか？  
ある  
ない
- 9) 家族、身内の人で麻酔を受けて異常のあった人がいますか？  
いる  
いない
- 10) あなたは自分の病気 (悪性疾患などの場合をふくむ) を正確に知らせてほしいですか？  
1. 良性、悪性にかかわらず知りたい。 2. 良性であれば知りたい。 3. 知りたくない。
- 11) あなたの病気の診断・治療について、他に特に説明してもらいたい人がありましたら、その方のお名前とあなたとの関係を書いて下さい。(何名でも結構です)  
お名前 ( ) あなたとの関係 ( )  
お名前 ( ) あなたとの関係 ( )  
お名前 ( ) あなたとの関係 ( )