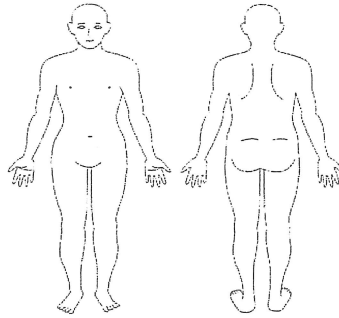


記入日 年 月 日

## 外科予診票

氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢： 歳 身長( \_\_\_\_\_ cm) 体重( \_\_\_\_\_ kg)

※具合が悪いのはどこですか？下の図に○印を付けてください。



※どのような症状か、具体的に書いてください。

※いつ頃からですか？

※今までに大きな病気や手術をしたことがありますか？

なし

あり 年 月頃

※現在当科以外に治療を受けていますか？薬を飲んでいますか？

(お薬手帳がある方はご呈示ください)

なし

ある(病気)

(薬:特に高血圧薬、糖尿病薬、抗凝固剤の飲んでいる方は必ず申し出てください)

※薬や注射、食べ物のアレルギーはありますか？

なし

ある( )

※現在、妊娠の可能性はありますか？ (はい・いいえ)

日本大学病院外科外来:2014.10.1

記入日 年 月 日