

厚生連高岡病院外来共通問診票

お名前 ()

問 1. 当病院以外に、かかっている医療施設があればご記入ください

() □医院、クリニック □病院 () 科
 () □医院、クリニック □病院 () 科

問 2. ご本人やご親族の内科的な病気についてご記入ください

	ご本人	親兄弟 例 (父)
高血圧	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
高脂血症	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
脳卒中	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
心臓病	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
胃腸病	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
肝臓病	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
糖尿病	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
腎臓病	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
精神病	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
結核	□なし □治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
癌など	□なし □治療中 □治療した () 癌 () 歳、() 癌 () 歳	□なし□あり (父：胃) (:) (:)
その他 ()	□治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()
()	□治療中 □治療した () 歳	□なし□あり ()

問 3. 手術を受けたことがありますか？

□いいえ □はい () 歳 () 病院 () 手術
 () 歳 () 病院 () 手術

問 4. アレルギーがありますか？

□いいえ □わからない
 □はい；□花粉症 □アトピー □ぜんそく
 上記以外：□飲み薬 □注射 □造影剤 □食品 □その他 ()
 その時の症状：□発疹 □吐き気 □呼吸困難 □その他 ()