

外 来 問 診 票

受診日 年 月 日

ふりがな		生年月日	明 大 昭 平
氏名	男・女		年 月 日 歳
ご 職 業			

※ 声をかける際にお名前でお呼びだされたくない方はお申し出ください ※

- 【1】 本日の受診はどちらですか？ ※初診の場合、尿検査がある場合があります。
 肝臓内科 内科 ※肝臓内科希望の方は裏面もご記入ください。

- 【2】 本日はどのような症状で受診しましたか？

体がだるい 食欲がない おなかが張る むくみがある 目が黄色い
 その他()
 特に症状はない 健康診断・他院で指摘された(病院名)

- 【3】 それはいつ頃からですか。
 年 月 日頃から

- 【4】 このことで他の病院を受診しましたか？ はい いいえ

- 【5】 薬・サプリメントを内服中の方はご記入下さい。 お薬手帳あり・なし

- 【6】 過去に病気や怪我・現在通院中の病気があればご記入ください

年齢	病名	入院	手術	通院
歳		()した ()していない	()した ()していない 輸血(有・無)	()した・通院中 ()していない (病院名:)
歳		()した ()していない	()した ()していない 輸血(有・無)	()した・通院中 ()していない (病院名:)
歳		()した ()していない	()した ()していない 輸血(有・無)	()した・通院中 ()していない (病院名:)

- 【7】 食品・薬・造影剤でアレルギー・副作用がありますか？ はい いいえ
 → はいと答えた方のみ食品または薬品名と症状をご記入ください。

- 【8】 女性の方にお尋ねします

妊娠している可能性はありますか？ はい いいえ

授乳していますか？ はい いいえ

裏面に続きます

外 来 問 診 票 (肝臓内科)

- 【1】過去に下記の診断をされたことがありますか。 いいえ
慢性肝炎(B型 C型 その他) 肝硬変症(B型 C型 その他) 肝細胞がん
脂肪肝 肝血管腫 その他()
- 【2】その際、検査、治療を受けていますか？ いいえ
腹腔鏡検査 (年 月頃) エンボリ(肝動脈塞栓術) (年 月頃)
肝生検 (年 月頃) 経皮的治療・ラジオ波・エタノール
のみ薬によるウイルス治療 その他()(年 月頃)
(年 月頃) 食道・胃静脈瘤(硬化療法) (年 月頃)
インターフェロン(年 月頃) その他
- 【3】嗜好品についてお聞かせください
たばこ 吸う(/日 歳から)・やめている(歳から)・吸わない
アルコールについて
○全く飲まない
○やめている(歳から)
○飲んでいる(歳から)
どのくらい飲みますか？(毎日・週・月 回/ ml)
お酒の種類は何ですか？(ビール・ワイン・焼酎・日本酒・ウイスキー・その他())
- 【4】肝疾患の原因になる事がありますのでよろしければお答えください
自己注射(覚醒剤など)をした事がありますか？ はい(歳) いいえ
刺青をしていますか？ はい(歳) いいえ
輸血をしたことがありますか？ はい(歳) いいえ
- 【5】家族構成について看護師がお聞きします。

