KEIYU HOSPITAL

DATE / / /

Outpatient Surgery Initial Consultation Questionnaire

（外科外来問診票）

Name Age ID

☐male／☐Female Height cm ／Weight kg／Body Temperature ℃

■What are the main symptoms that you are experiencing.?
（本日来院の主な症状は何ですか）

■When did these symptoms start?
（症状はいつから始まりましたか）

■Have you had any major illness, surgery, injury or been hospitalized?
（今までに病気、手術、外傷または入院の経験はありますか）
☐No ☐Yes illness：_____
age：_____

■Do you have any allergies?
（アレルギーは何かありますか）
☐No・☐Yes, to_____

■Are you currently taking any medication?
（現在何か薬を飲まれていますか）
☐No ☐Yes（name of medicine：_____）

■Do you smoke?
（喫煙しますか）
☐No ☐Yes ☐Used to smoke
（Amount per day:_____、For how long?_____）

■Do you drink any alcohol? ☐No ☐Yes ☐Used to drink
（お酒は飲みますか）
（Type of alcohol：_____, Amount: _____）
☐Daily（毎日） ☐Occasionally（時々） ☐Few times a month（月に 2、3 回）

■For female patients,（女性の方へ）
Are you pregnant at the moment? ☐No ☐Yes ☐Not sure
（現在妊娠していますか）
When was your last menstrual period?（_____/_____） ☐Menopause
（最終生理はいつですか） （閉経している）

■Do you have any medical referral ? ☐No ☐Yes
（紹介状はお持ちですか）