

入院時調査表

ID

記入日 令和 5 年 5 月 1 日

フリガナ ウツミヤ ジロウ	男	45才	本人以外の緊急連絡先 ※24時間必ず連絡可能な携帯番号を2ヶ所	
名前 宇都宮 じろう	女		① 必須 (090) 1234 -0000	名前 宇都宮 一子 続柄 妻
身長 180 cm	体重 90 kg	② 必須 (080) 9876 -1111	名前 宇都宮 一太 続柄 父	

これまでの病気やけがをご記入下さい (子供の頃も含めてすべてお書き下さい)

時期	病名	治療内容	その後の経過
例) 〇歳	狭心症	手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし
20歳	虫垂炎	手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし
39歳	糖尿病	手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし
		手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし
		手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし
		手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし
		手術・薬・放置・その他	治癒・不変・治療中 薬あり・なし

現在服用中の薬をご記入下さい (軟こう、湿布、健康栄養薬品は除く)

薬品名	1回量	服用時間	※ご記入不要
ダオニール1.25mg	1錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～
	錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～
	錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～
	錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～
	錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～
	錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～
	錠	朝・昼・夕・寝前	止・続・日～

ご質問

①アレルギーがあるものを()内にご記入下さい 薬品 有・無 (一度フルマリンを飲んで発疹がでた) ヨード・イソジン・ゲル 有・無 () 局所麻酔薬 有・無 (抜歯の時、キシロカインで息苦しさ) 食物 有・無 (さばで発疹) 乳製品 有・無 () その他 ()	②常用している物に✓して下さい □はずせる義歯 ✓めがね ✓コンタクトレンズ □ピアス □指輪 □ネックレス □補聴器 ③同居家族(本人含む) (5 人) ④同居している方すべてに、○をつけて下さい 祖父・祖母 父・母 兄弟姉妹 ()人 夫・妻・子(1)人・その他()
⑤妊娠の可能性はありますか (はい・いいえ) 最終月経 月 日から 日間 または(妊娠 週)	
⑥普段、下剤を常用していますか (はい・いいえ) 薬品名 (マグミット250mg) を (1) 日に (1) 回 (3) 錠 飲む	
⑦排便回数 (1) 日に (2) 回 硬め・普通便・軟便・下痢便	
⑧1回のトイレ滞在時間 平均 約 (5) 分	
⑨強いいきばりますか? (はい・いいえ・どちらでもない)	

【以下ご記入不要です】

KT		食制	未・済	特記
P		最終排便	/	
	整・不()	性状	普・軟・水	
BP	/			

【術前採血でご来院の時に提出】※土曜日午後は対応できません