

ID _____

体温 _____ °C

令和 年 月 日

外来問診票

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

住所 〒 _____

電話番号 () _____ ー 携帯番号 _____ ー _____

職業 _____ 勤務先名 _____ 電話番号 _____

連絡先 (※ご本人以外の連絡先をご記入下さい。)

フリガナ

氏名 _____ (男・女) 患者様とのご関係 _____

電話番号 () _____ ー 携帯番号 _____ ー _____

*他院からの手紙、資料をお持ちの方は、受付窓口に提出してください

*希望される診療科を選んでください 内科 (一般内科・消化器科・循環器科・呼吸器科)
一般外科・その他 ()

1. いつごろからどのような症状でお困りですか (痛みのある場合は、その部位もお書きください)

[]

2. 現在、通院し治療している病気はありますか はい ・ いいえ

いつから	病名	病院	内服薬
			ある ・ ない

3. お薬手帳はお持ちですか はい ・ いいえ

*お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口に提出してください

4. お薬・食べ物・アルコールでアレルギー症状 (発疹、気分不快など) を起こしたことがありますか

はい ・ いいえ

「はい」の方は内容を記載してください _____

裏面もご記入ください

5. 女性の方のみお答えください

妊娠の可能性はありますか (はい ・ いいえ)

授乳中ですか (はい ・ いいえ)

最終月経は (月 日 ~ 月 日) 閉経している (歳)

6. たばこについてお聞きします 吸わない ・ 吸う ・ 過去に吸っていた
(1日 本 、 歳から約 年間)

7. アルコールについてお聞きします 飲まない ・ 飲む ・ 過去に飲んでいた
(種類: _____、1回 杯 毎日 ・ 時々 ・ 月に2~3回)

8. 今までに手術を受けたことはありますか はい ・ いいえ
病名 _____ いつ頃 _____

9. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか はい ・ いいえ
「はい」の方・・・渡航先 _____ 渡航期間 _____

10. からだの中に埋め込まれているものはありますか はい ・ いいえ

「はい」の方は□にチェックをつけてください

皮下埋め込み型ポート 心臓ペースメーカー 心臓・血管拡張ステント

胆管ステント その他 (_____)

11. 仮に悪性の疾患の場合の病状や治療の情報提供について

1) 病気を知りたいですか はい ・ いいえ

2) 病気の状態について知りたいですか はい ・ いいえ

3) 病名や病気の状態は、ご家族にもお伝えしてよろしいですか はい ・ いいえ

ご協力ありがとうございました。

順番が来ましたら、お呼びいたしますので、お待ちください。