

年 月 日

外来問診票

体温 °C

ID

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	携帯番号
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ください) フリガナ 患者様とのご関係 氏名 (男・女) 電話番号 携帯番号	

* 他院からの手紙、資料、お薬手帳、薬剤情報をお持ちの方は、受付窓口へ提出してください

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

1. いつごろからどのような症状でお困りですか(痛みがある場合は、その部位も記入してください)

2. 現在、通院し治療している病気はありますか ない ・ ある

いつから	病名	病院	内服薬
			ある ・ なし
			ある ・ なし
			ある ・ なし
			ある ・ なし

3. 今までにかかった病気はありますか ない ・ ある

「ある」と答えた方； 糖尿病 高血圧 心臓病 肝臓病 脳卒中 腎臓病 緑内障
その他()

4. 今までに手術を受けたことがありますか ない ・ ある

病名	いつ頃
病名	いつ頃
病名	いつ頃

裏面もご記入ください

5. 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		ある	・	ない
「ある」の方は内容を記載				
6. 女性の方のみお答えください		① 妊娠の可能性はありますか	ある	・ ない
		② 授乳中ですか	はい	・ いいえ
		③ 最終月経	月	日 ~ 月 日
		④ 閉経している	歳	
7. 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
8. 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		ml	毎日・週()日	・ 月に2~3回
9. 過去1か月以内に海外渡航歴はありますか		ある	・	ない
「ある」の方 渡航先;		渡航期間;	月	日 ~ 月 日
10. からだの中に埋め込まれているものはありますか		ある	・	ない
「ある」の方は□にチェックを入れてください				
□皮下埋め込みポート □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. ご家族(祖父母、両親、兄弟、子供)の中で病気にかかっている方や病気で亡くなった方がいたらご記入ください 例)父 ○○歳 脳梗塞で死亡				
12. 仮に悪性の疾患の場合、病状や治療の情報提供について				
1) 病名を知りたいですか		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しますのでお待ちください。