

ID

令和 年 月 日

外来問診票

体温

°C

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下さい。)

フリガナ

氏名 (男・女) 患者様とのご関係

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

(一般内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・一般外科・整形外科・放射線科・その他)

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

2. 他医療機関からの紹介状はありますか ない ・ ある

3. 現在飲んでいる薬はありますか ない ・ ある

4. 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

5. 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 ()

6. 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

裏面も全てご記入ください

7. 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. からだの中に埋め込まれているものがありますか 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 ()

13. 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) 母 高血圧、父 ○○歳 脳梗塞で死亡

14. 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

15. マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか はい · いいえ

16. 過去1年間に特定健診か高齢者健診は受診しましたか 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。

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力お願いします。