

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 ・ 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（ ）

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（健康保険証利用について申し込み済みのマイナンバーカード）をお持ちですか
はい ・ いいえ

「はい（マイナ保険証所有）」の方は以下もお答えください

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
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。 順番が来ましたら呼び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をお願いします。