

内科外来問診票

ID: _____

氏名 _____ (才) 身長 _____ cm、体重 _____ kg、体温 _____ °C

■マイナ保険証による診療情報取得に同意 しない・する・持っていない

※次の質問に当てはまるものに○印で囲むか、ご記入ください。

1) どのような症状で来院されましたか？ (一番困っていること)

2) その症状はいつ頃からですか？

①今日から ②昨日から ③1週間以内 ④1週間以上前 (_____ ヶ月前)

3) その症状について他の医療機関に受診されましたか？

はい ・ いいえ「はい」の方 病院・医院名 _____
診断名 _____

4) 現在、別の医療機関で治療を受けていますか？

はい ・ 中断 ・ いいえ「はい」「中断」の方 病院・医院名 _____
病名 _____
治療内容 _____
飲んでいる薬の名前 _____

5) 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ「はい」の方 病名・その年月日 _____
治療内容など _____

6) 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(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 わかれば薬・食べ物の名前 _____

7) アルコールは飲みますか？ 酒 (_____) 合・ビール (_____) 本 毎日・時々・飲まない

8) たばこを吸いますか？

吸う・時々吸う 1日に (_____) 本吸わない・以前吸っていた (_____) 才頃やめた9) 3ヶ月以内に国内又は、海外への旅行歴・渡航歴はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方 旅行(渡航)した国 (都市まで記入) _____

旅行(渡航)期間 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日迄

10) 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ また、妊娠の可能性はありますか？ はい (妊娠 _____ ヶ月) ・ いいえ授乳中ですか？ はい・いいえ (はいの場合: お子さんは何カ月ですか？ _____ か月)

11) 診察を受けるうえで、特に心配なことやご希望がありましたらお聞かせください。