

# 《外来問診表》

氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 職業(現在) \_\_\_\_\_ (以前) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 (本人以外) 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

1. 今日はどうのような症状(理由)で受診されましたか？			
<input type="checkbox"/> 頭痛	<input type="checkbox"/> めまい	<input type="checkbox"/> 吐き気	<input type="checkbox"/> しびれ
<input type="checkbox"/> 胸痛	<input type="checkbox"/> 動悸(不整脈)	<input type="checkbox"/> 息切れ	<input type="checkbox"/> 呼吸苦
<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 頭部打撲	<input type="checkbox"/> 物忘れ	<input type="checkbox"/> 健診異常
<input type="checkbox"/> 意識消失			
2. 既往歴(今までにかかった病気、いつ頃か)についてお伺いします			
下記の疾患を指摘されたことはありますか？			
高血圧	<input type="checkbox"/> あり	年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
心疾患	<input type="checkbox"/> あり	年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり	年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
脂質異常(コレステロール・中性脂肪)			
	<input type="checkbox"/> あり	年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
喘息	<input type="checkbox"/> あり	年齢 _____	<input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 通院中 医療機関名 _____
出生から現在まで、病気や怪我をして手術や入院をしたことがありますか？			
年齢 _____	病名 _____	医療機関名 _____	
年齢 _____	病名 _____	医療機関名 _____	
年齢 _____	病名 _____	医療機関名 _____	
お薬手帳はお持ちですか？			
<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (お持ちの方は、看護師に渡してください)		
3. アレルギーはありますか？			
<input type="checkbox"/> ない			
<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> 薬	( _____ )	
	<input type="checkbox"/> 食べ物	( _____ )	
	<input type="checkbox"/> その他、花粉症など	( _____ )	
4. 生活習慣についてお訊ねします			
【喫煙】	<input type="checkbox"/> 吸ったことがない		
	<input type="checkbox"/> 過去に吸っていた	( _____ ) 歳 ~ ( _____ ) 歳	_____ 本/日
	<input type="checkbox"/> 吸う	(1日 _____ 本、 _____ 歳から現在)	
【飲酒】	<input type="checkbox"/> 飲まない		
	<input type="checkbox"/> 飲む	( <input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 付き合い程度)	
	飲酒量(ビール _____ ml/日 日本酒 _____ ml/日 焼酎 _____ ml/日)		
5. あてはまるものに印をつけてください			
刺青やアートメイクはありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
カラーコンタクトレンズを装着していますか？	<input type="checkbox"/> している	<input type="checkbox"/> していない	
現在、妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない	
閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
両親・子供・兄弟で脳や心臓の病気・糖尿病・高血圧・高脂血症の方はいますか？			
<input type="checkbox"/> いない	<input type="checkbox"/> いる ( _____ )		
本日は、どなたと受診されていますか？	<input type="checkbox"/> 家人(配偶者・子供・兄弟)	<input type="checkbox"/> 知人・友人	<input type="checkbox"/> 1人