

# 《外来問診票》

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 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ 歳) 続柄 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
 受診する方との同居 あり・なし(市町村 \_\_\_\_\_ )

1. 今日どのような症状(理由)で受診されましたか?  
 いつから( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )  
 どこが( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )  
 どのように( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )  
 どのくらいの時間持続しますか( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )

2. 既往歴(今までにかかった病気)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 年齢 \_\_\_\_\_  未治療  通院中 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 不整脈 年齢 \_\_\_\_\_  未治療  通院中 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 糖尿病 年齢 \_\_\_\_\_  未治療  通院中 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 脂質異常症 年齢 \_\_\_\_\_  未治療  通院中 医療機関名 \_\_\_\_\_  
 喘息 年齢 \_\_\_\_\_  未治療  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 \_\_\_\_\_  
 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?  ない  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?

ない  
 ある 薬( \_\_\_\_\_ ) 食べ物( \_\_\_\_\_ ) その他、花粉症など( \_\_\_\_\_ )

4. 生活習慣について

【喫煙】  吸ったことがない  
 過去に吸っていた ( \_\_\_\_\_ ) 歳 ~ ( \_\_\_\_\_ ) 歳 \_\_\_\_\_ 本/日  
 吸う (1日 \_\_\_\_\_ 本、 \_\_\_\_\_ 歳から現在)  
 【飲酒】  飲まない  
 飲む (  毎日  時々  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?  ある  ない  
 カラーコンタクトレンズを装着していますか?  している  していない  
 インプラントはありますか?  ある  ない  
 現在、妊娠の可能性はありますか?  ある  ない  
 閉所恐怖症ですか?  はい  いいえ  
 両親・祖父母・子供・兄弟で脳や心臓の病気・糖尿病・高血圧・脂質異常症の方はいますか?  
 いない  いる( \_\_\_\_\_ )  
 本日は、どなたと受診されていますか?  家人(配偶者・子供・兄弟)  知人・友人  1人