

成人外来問診表（全科共通）

記入日：令和 年 月 日

ID 氏名 (歳) *ID は当院受診歴のある患者さんのみ記載

記載者：□本人 □本人以外（受診者との関係： ）

本日いっしょに来院された方は？（夫・妻・息子・娘・父・母・友人・その他（ ））

① 他の医療機関からの紹介状はありますか □はい □いいえ

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いたします。

◆医療情報取得加算（初診時） 加算 1 3点 加算 2 1点（マイナ保険証を利用した場合）

② マイナ保険証による診療情報取得に同意できますか □はい □いいえ

体温※	℃	血圧※※	/ mmHg	脈拍	回/分	SpO ₂	%
身長	cm	体重	kg	体重変化	月頃～	kg（□増加・□減少）	

※病院入り口で測定した体温を記入してください。

※※外来に自動血圧計が設置してあります。血圧を測定し測定器から出てくる紙を持ってお待ちください。

◎下記質問について、ご記入ください。

1. 今までにかかったことのある病気、現在、治療中の病気はありますか？

□脳梗塞（ 歳） □脳出血（ 歳） □心筋梗塞（ 歳） □狭心症（ 歳）

□不整脈（ 歳） □高血圧（ 歳） □肝臓病（ 歳） □腎臓病（ 歳）

□気管支喘息（ 歳） □糖尿病（ 歳） □緑内障（ 歳） □前立腺肥大（ 歳）

□がん（部位： 年齢： 歳）

□その他（病名： 年齢： 歳）

手術歴： （ 歳） 手術歴： （ 歳）

手術歴： （ 歳） 手術歴： （ 歳）

2. 現在、他の医療機関に通院していますか □はい □いいえ⇒はいの方は以下に内容を記入してください

病院名：（ ） 直近の受診日：（ ）

治療内容：（ ）

*処方薬がありましたら診療時にお薬手帳をご提示ください

3. アレルギーはありますか？ □ある □ない （⇒あると答えた方は該当項目に内容を記入してください）

□薬：（ ） □麻酔薬：（ ）

□造影剤：（ CT 検査 ・ MRI 検査 ） □ラテックス（ゴム類）

□食べ物：（ ） □その他のアレルギー（例：鼻炎・蕁麻疹・金属など）

（ ）

4. 同居家族（いっしょに生活されている方）は何人ですか？（自分も含めて 人）

血縁者にがん、感染症（結核など）、心臓病、神経疾患などにかかっている方がいらっしゃいますか？

□いない □いる（だれ？ 病名： ） □わからない

5. タバコは吸いますか？

□全く吸わない □以前吸っていたが禁煙した：（約 本/日）（ 歳～ 歳頃まで）

□吸う：（約 本/日）（ 歳頃から）

6. お酒は飲みますか？ □毎日飲む □時々飲む □飲まない

現在、1日に：ビール（ ）ml 焼酎（ ）合 日本酒（ ）合 その他（ ）ml

7. 現在の職業またはこれまでの職歴を教えてください。

現在（ ） 職歴（ ）

8. ペットは飼っていますか？ ☐ はい（犬・猫・その他： ） ☐ いいえ

9. 女性の方へ 現在、授乳中や妊娠中・妊娠の可能性ありますか？

☐ 妊娠中（ ）ヶ月 ☐ 授乳中 ☐ 閉経（ ）歳頃 *裏面に続きます

***以下は診療科別の問診票です**

（呼吸器・呼吸器外科を受診される方はこちら↓）

現在、あてはまる症状はありますか？また、いつ頃から、症状はありましたか？

☐ 発熱（ ）月（ ）日～ ☐ 咳（ ）月（ ）日～ ☐ たん（ ）月（ ）日～

☐ 息切れ（ ）月（ ）日～ ☐ 食欲がない（ ）月（ ）日～ ☐ 検診異常

☐ その他（ ）

（脳神経内科を受診される方はこちら↓）

本日はどのような症状で受診されましたか？

☐ 頭痛 ☐ めまい ☐ 吐き気

☐ ふらつき ☐ 力が入らない

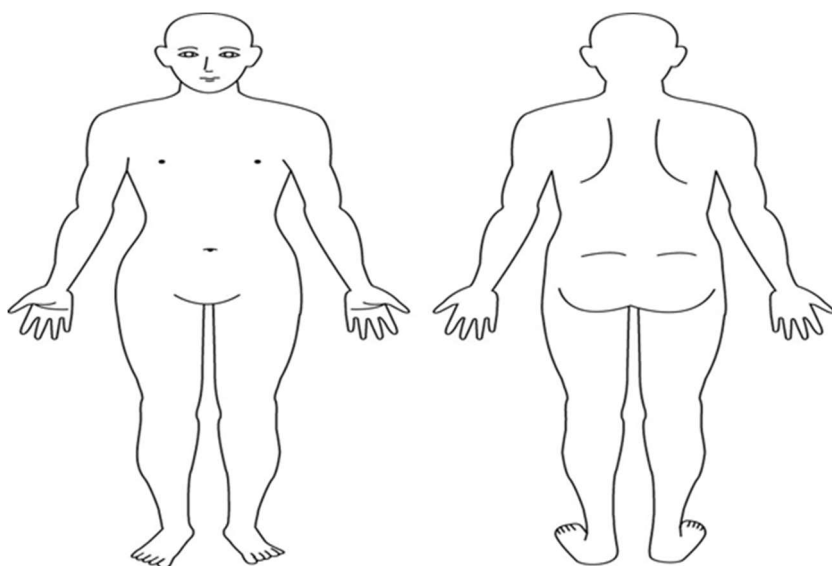
☐ 麻痺 ☐ しびれ ☐ 痛み

☐ 体のふるえ

☐ その他（ ）

症状はどの部位でしょうか？

右図に○で書いてください。



（循環器内科を受診される方はこちら↓）

現在、あてはまる症状はありますか？

☐ 息苦しさ ☐ 胸が痛い ☐ 動悸（心臓がドキドキする） ☐ 脈が（ 速い ・ 遅い ）

☐ むくみがある（☐顔 ☐両下肢） ☐ 血圧（☐ 高い ☐ 低い ） ☐ 失神したことがある

☐ 心電図で異常を指摘された ☐ 検診異常 ☐ その他（ ）

（消化器内科を受診される方はこちら↓）

現在、あてはまる症状はありますか？また、いつ頃から、症状はありましたか？

☐ 腹痛（ ）月（ ）日～ ☐ 胃痛（ ）月（ ）日～ ☐ 胃もたれ（ ）月（ ）日～

☐ 吐き気（ ）月（ ）日～ ☐ 嘔吐（ ）月（ ）日～ ☐ 胸やけ（ ）月（ ）日～

☐ 下痢（ ）月（ ）日～ ☐ 便秘（ ）月（ ）日～ ☐ つかえ感（ ）月（ ）日～

☐ 検診異常

☐ その他（ ）

（アレルギー外来を受診される方はこちら↓）

相談したい症状は何ですか？

☐ 食物アレルギー ☐ 湿疹、じんましん ☐ 鼻閉、鼻汁、くしゃみ

☐ 咳、喘鳴（ぜーぜー） ☐ 花粉症 ☐ その他（ ）

家族にアレルギー疾患と診断された方はいますか？

☐ いる ☐ いない

↳（☐食物アレルギー ☐アトピー性皮膚炎 ☐アレルギー性鼻炎 ☐ぜんそく ☐花粉症、☐その他（ ））