

成人外来問診表(全科共通)

記入日:令和 年 月 日

氏名 (歳) 記載者:□本人 □本人以外(ご関係:)

紹介状はありますか	□はい □いいえ
マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか	□はい □いいえ
当院での診療結果を紹介元へ送ることに同意しますか	□はい □いいえ

※体温は正面玄関、血圧は外来待合の自動血圧計で測定をお願いします

体温		血圧		脈拍		SpO2	
身長	※必要時測定	体重	※必要時測定	体重変化		月頃~ kg (□増加・□減少)	

1. 今までにかかった病気、現在治療中の病気はありますか?

□ はい □ いいえ ⇒はいの方は以下に記入してください

□脳梗塞 (歳)	□糖尿病 (歳)	□がん (歳) 部位:
□脳出血 (歳)	□気管支喘息 (歳)	
□心筋梗塞 (歳)	□前立腺肥大 (歳)	
□狭心症 (歳)	□腎臓病 (歳)	□手術 (歳) 部位:
□不整脈 (歳)	□肝臓病 (歳)	
□高血圧 (歳)	□緑内障 (歳)	

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

病院名	
直近の受診日	
治療内容	*お薬手帳をご提示ください

3. アレルギーはありますか? □はい □いいえ ⇒はいの方は以下に記入してください

□薬	
□食べ物	
□その他(例:鼻炎、花粉症、金属など)	

4. 同居されている方は何人ですか? (自分も含めて 人)

5. 血縁者にがん、感染症(結核など)、心臓病、神経疾患などの方がいらっしゃいましたか?

□はい □いいえ □わからない ⇒はいの方は以下に記入してください

□父 □母 □兄弟 病名:()

6. タバコは吸いますか?

□吸わない □禁煙した:(吸っていた歳: 歳~ 歳まで)(本/日) □吸う:(歳から 本/日)

7. お酒は飲みますか? □毎日飲む □時々飲む □飲まない

ビール()ml 焼酎()合 日本酒()合 その他:()ml

8. 現在の職業、または昔の職歴を教えてください。

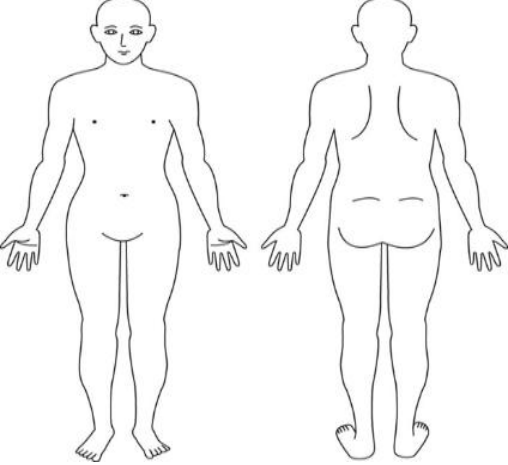
現在() 職歴()

9. ペットは飼っていますか? □はい(犬・猫・その他:) □いいえ

10. 女性の方のみ記入してください □妊娠中(ヶ月) □授乳中 □閉経(歳頃) *裏面へ

【以下は受診される診療科の項目を記入してください】

呼吸器内科・呼吸器外科	いつから	循環器内科	いつから
<input type="checkbox"/> 発熱		<input type="checkbox"/> 息苦しさ	
<input type="checkbox"/> 咳		<input type="checkbox"/> 胸が痛い	
<input type="checkbox"/> 息切れ		<input type="checkbox"/> 動悸(心臓がどきどきする)	
<input type="checkbox"/> たん		<input type="checkbox"/> 脈が(速い・遅い)	
<input type="checkbox"/> 食欲がない		<input type="checkbox"/> むくみがある(□顔 □両下肢)	
<input type="checkbox"/> 検診異常		<input type="checkbox"/> 血圧(□高い □低い)	
<input type="checkbox"/> 胸が痛い(右・左)		<input type="checkbox"/> 失神したことがある	
その他()		<input type="checkbox"/> 心電図で異常を指摘された	
		<input type="checkbox"/> 検診異常	
		その他()	

脳神経内科	いつから	※症状の部位に○をつけてください
<input type="checkbox"/> 頭痛		
<input type="checkbox"/> めまい		
<input type="checkbox"/> 吐き気		
<input type="checkbox"/> ふらつき		
<input type="checkbox"/> 力が入らない		
<input type="checkbox"/> 麻痺		
<input type="checkbox"/> しびれ		
<input type="checkbox"/> 痛み		
<input type="checkbox"/> 体のふるえ		
その他()		

消化器内科	いつから	アレルギー	いつから
<input type="checkbox"/> 腹痛		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー	
<input type="checkbox"/> 胃痛		<input type="checkbox"/> 湿疹、じんましん	
<input type="checkbox"/> 胃もたれ		<input type="checkbox"/> 鼻閉、鼻汁、くしゃみ	
<input type="checkbox"/> 吐き気		<input type="checkbox"/> 咳、喘鳴(ゼーゼー)	
<input type="checkbox"/> 嘔吐		<input type="checkbox"/> 花粉症	
<input type="checkbox"/> 胸やけ		その他()	
<input type="checkbox"/> 下痢		家族にアレルギー疾患と診断された方はいますか?	
<input type="checkbox"/> 便秘		<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
<input type="checkbox"/> つかえ感		<input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
<input type="checkbox"/> 検診異常		<input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症	
その他()		<input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他()	