

外来共通問診票

ふりがな

(西 曆)

記入日

氏名

生年月日

患者番号

1 既往歴：今までにかかった主な病気について記入してください

年齢	病名	治療内容	病院・診療所名
		手術・薬・その他 ()	
		手術・薬・その他 ()	
		手術・薬・その他 ()	
		手術・薬・その他 ()	
		手術・薬・その他 ()	

2 内服している薬はありますか なし あり 薬を管理する人 本人
 薬の説明書又はお薬手帳をお持ちですか いいえ はい 家族等
 ※ はいに☑の方は、お薬手帳等の提出をお願いします

3 アレルギーはありますか なし あり ※ ありの場合、種類と症状を記入して下さい

	種類	症状 (じんま疹・息苦しさなど具体的に)
薬剤		
食物		
その他	<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> ゴム (ラテックス) <input type="checkbox"/> その他 ()	

4 飲酒について 飲まない
 飲む 飲酒頻度 日/週
 1回に何をどれくらい飲まれますか
 何を：ビール・日本酒・焼酎・ワイン・その他 ()
 どれくらい：

スタッフ記入欄
 身長・体重・血圧貼付

5 喫煙について 吸わない
 昔は吸っていたが今は吸っていない
 () 歳～ () 歳まで
 () 本/日
 今でも吸っている
 喫煙歴 () 年 () 本/日

6 家族歴：血縁のある方に次のような病気の方はおられますか なし あり
 ありの方は当はまるものに☑し () にはどなたかを記入してください
 がん () ⇒ (部位) () ⇒ (部位)
 糖尿病 () 心臓病 ()
 脳卒中 () 高血圧 () その他 ()

7 家族構成 一人暮らし () 人家族
 ※ 医師の説明を聞かれる方の氏名と続柄 (:)

医師印またはサイン

8 女性の方に 妊娠の可能性 なし あり 授乳中

※ 記載いただいた個人情報を診療に使用させていただきます