

# 外来共通問診票

ふりがな  
氏名

(西 曆)  
生年月日

記入日  
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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                    薬を管理する人 <input type="checkbox"/> 本人 薬の説明書又はお薬手帳をお持ちですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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                    ※ 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	あり <input type="checkbox"/>		
	なし <input type="checkbox"/>		
食物	あり <input type="checkbox"/>		
	なし <input type="checkbox"/>		
その他	あり <input type="checkbox"/>	<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 (                                    )	
	なし <input type="checkbox"/>		
4 飲酒について <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 昔は吸っていたが今は吸っていない (                    ) 歳～ (                    ) 歳まで (                    ) 本/日 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> がん (                    ) ⇒ (部位                    ) (                    ) ⇒ (部位                    ) <input type="checkbox"/> 糖尿病 (                    ) <input type="checkbox"/> 心臓病 (                    ) <input type="checkbox"/> 脳卒中 (                    ) <input type="checkbox"/> 高血圧 (                    ) <input type="checkbox"/> その他 (                    )			
7 家族構成 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> (                    ) 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 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
8 女性の方に 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり                    授乳中 <input type="checkbox"/>			
9 臓器を提供する意思がありますか (記入は任意です) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

※ 記載いただいた個人情報診療に使用させていただきます