

共通外来問診票

年 月 日

氏名： _____ 年齢 _____ 歳 性別（ 男 ・ 女 ）

1. 紹介状または健診結果はお持ちですか（ はい ・ いいえ ）

紹介状をお持ちの方は、受付に提出してください

紹介状をお持ちでない方は、選定療養費として5,500円がかかります。

ご理解ご協力をお願いいたします。 署名： _____

体温 : _____ °C

身長 : _____ cm

体重 : _____ kg

2. 今日はどこ具合が悪く、どのような症状がありますか

どこが (_____)

どのような (_____)

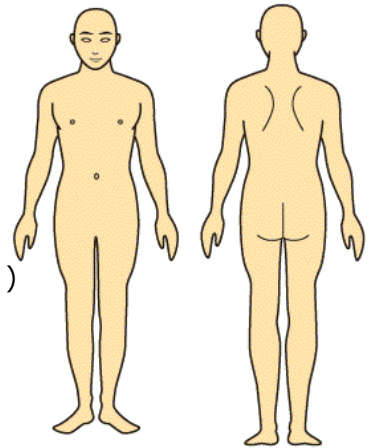
いつごろから (_____)

どこかで診察を受けましたか (①はい ②いいえ)

①の方は病院名 (_____)

どのように言われましたか (_____)

※ 症状があるところに印をつけてください ▶▶▶



3. 現在、治療を受けている病気はありますか (①はい ②いいえ)

①の方は病名 (_____)

病院名 (_____)

飲んでいる薬・サプリメント (_____)

4. 今までに病気で通院・入院したことがありますか (①はい ②いいえ)

①の方、心臓病 糖尿病 高血圧 喘息 膠原病 腎臓病

胃潰瘍 肝臓病 結核 その他 (_____)

5. アレルギーはありますか (①はい ②いいえ)

①の方 薬： _____ 食物： _____

その他（ゴム製品等）： _____

6. たばこ (①吸う ②以前吸っていた ③吸わない)

①②の方、1日 _____ 本 _____ 年間

7. アルコール (①飲む ②飲まない)

①の方、ビール・日本酒・ウイスキー・焼酎を _____ 1日 _____ ml _____ 年間

8. 現在妊娠していますか (はい ・ いいえ)