

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

体温	:	℃
身長	:	cm
体重	:	kg

2. 今日はこの具合が悪く、どのような症状がありますか

どこが（ _____ ）

どのような（ _____ ）

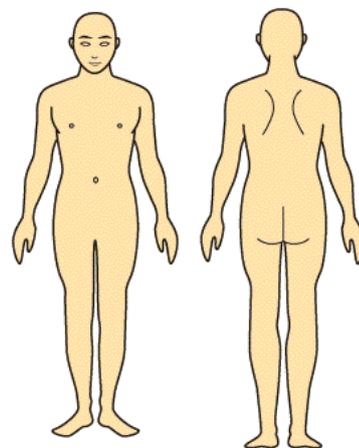
いつごろから（ _____ ）

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 認知症

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 ）