外来問診票

フリガナ		記入日：　　年　　月　　日
氏　名		性別　　男　　女
生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日生　　歳	
自宅住所	〒	TEL① TEL②

1．他の医療機関からの紹介状はありますか？　　なし　・　あり

2．来院された目的に○を付けてください。

・診察（3へ）　・健康診断（５へ）　・健康診断後の精査（５へ）

・予防注射（５へ）　・その他注射（プラセンタ、ニンニク注射など）（５へ）

3．どのような症状ですか？

発熱（　　℃）　頭痛　寒気　のどの痛み　せき　鼻水　鼻づまり　くしゃみ
胸痛　動悸　不整脈　息苦しさ　めまい　腰痛　排尿時痛　頻尿　血尿
腹痛　胸やけ　下痢　便秘　嘔吐　はきけ　血便　お腹が張る　胃痛
その他（　　）

4．その症状はいつ頃からですか？ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．次の病気にかかったことや治療中のものがありましたら○で囲んでください。
また他にこれまで治療を受けた病気や入院・手術のご経験がある方はご記入ください。

糖尿病　高血圧　脂質異常症　喘息　その他肺疾患　緑内障　脳梗塞　脳出血
狭心症　心筋梗塞　不整脈　その他心疾患　腎疾患　膠原病　前立腺肥大
胃・十二指腸潰瘍　肝炎　その他消化器疾患　甲状腺　うつ病　貧血　癌
その他（　　）

入院・手術歴　　なし　・　あり

病名　　時期　　年　　歳

病名　　時期　　年　　歳

6．服用中のお薬はありますか？　　なし　　あり（　　）

7．薬のアレルギーはありますか？　　なし　　あり（薬品名　　）

8．輸血をうけたことはありますか？　　なし　　あり

9．アルコールは飲まれますか？

□全く飲まない　□ほとんど飲まない　□たまに飲む　□ほぼ毎日飲む

飲まれる方はその量はどのくらいですか？

（　　）を　（　　）ml・合

10．喫煙していますか？　　いいえ　禁煙後　　年　　はい　　本/日

11．女性の方にお伺いします。

現在妊娠中ですか？　　いいえ　はい　週　最終月経　月　日から　日間

授乳中ですか？　　いいえ　はい