

# 外来 初診問診票

受診日	年 月 日 ( )	ID番号	
フリガナ		年齢	歳
氏名			

記入者名： (続柄： )

1. 本日はどうされましたか？当てはまるものにチェックをして下さい。

- 体調が悪いために受診した  
 他の医療機関から受診を指示された  
 その他 ( )

2. どのような症状がありますか？

いつから：

どこが：

どのように：

その症状は：  ひどくなってきている  変わらない  よくなってきている

3. かかりつけ医はありますか？

いいえ  はい ⇒ 病院名 ( )

4. 現在飲んでいるお薬がありますか？

いいえ  はい ⇒ お薬名 ( )

お薬手帳：  なし  あり ※ お薬手帳をお持ちの方は、受診当日にご持参下さい

5. 今までにかかった、または、現在治療中の病気はありますか？

- なし  高血圧  糖尿病  前立腺肥大  緑内障  喘息  結核  精神疾患  
 心臓疾患（不整脈・狭心症・心筋梗塞など）  ペースメーカーが入っている  
 脳疾患（脳梗塞・脳出血など）  がん ( )  その他 ( )

6. 今までに手術を受けたことがありますか？

いいえ  はい（手術名： )

7. 薬、注射、食べ物などでアレルギー症状が出たことがありますか？

いいえ  はい ( )

8. タバコは吸いますか？

- いいえ  
 はい ⇒ 1日の喫煙本数 ( 本) 喫煙年数 ( 年)  
 以前吸っていたがやめた ⇒ ( ) 年前まで吸っていた

9. お酒は飲みますか？

いいえ  はい ⇒ 何を ( ) どれくらい ( )

10. 女性の方へお聞きします。現在妊娠中ですか？  いいえ  はい  妊娠の可能性がある

※ ご記入ありがとうございました。