

# 内科外来問診票

ID: \_\_\_\_\_

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名 \_\_\_\_\_ ( 才 ) 身長 \_\_\_\_\_ cm、体重 \_\_\_\_\_ kg、体温 \_\_\_\_\_ °C

※ 次の質問に当てはまるものに○印で囲むか、ご記入ください。

1) どのような症状で来院されましたか？ (一番困っていること)

2) その症状はいつ頃からですか？

①今日から ②昨日から ③1週間以内 ④1週間以上前 ( \_\_\_\_\_ ケ月前)

3) その症状について他の医療機関に受診されましたか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 . . . . . 病院・医院名 \_\_\_\_\_

診断名 \_\_\_\_\_

4) 現在、別の医療機関で治療を受けていますか？

はい ・ 中断 ・ いいえ

「はい」「中断」の方 . . . . . 病院・医院名 \_\_\_\_\_

病名 \_\_\_\_\_

治療内容 \_\_\_\_\_

飲んでいる薬の名前 \_\_\_\_\_

5) 過去に大きな病気のために入院や手術を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 . . . . . 病名・その年月日 \_\_\_\_\_

治療内容など \_\_\_\_\_

6) 今までに薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 . . . . . わかれば薬・食べ物の名前 \_\_\_\_\_

7) アルコールは飲みますか？ 酒 ( \_\_\_\_\_ ) 合・ビール ( \_\_\_\_\_ ) 本 毎日・時々・飲まない

8) たばこを吸いますか？

吸う・時々吸う . . . . . 1日に ( \_\_\_\_\_ ) 本吸わない・以前吸っていた . . . . . ( \_\_\_\_\_ ) 才頃やめた

9) 3ヶ月以内に海外への渡航歴はありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方 . . . . . 渡航した国 (都市まで記入) \_\_\_\_\_

渡航期間 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ~ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日迄

10) 女性の方にお聞きします。

妊娠中ですか？ また、妊娠の可能性はありますか？ はい (妊娠 \_\_\_\_\_ ケ月) ・ いいえ授乳中ですか？ はい・いいえ (はいの場合：お子さんは何カ月ですか？ \_\_\_\_\_ か月)

11) 診察を受けるうえで、特に心配なことやご希望がありましたらお聞かせください。