

外 来 問 診 票

受診日 令和 年 月 日

受診の方は、下記の質問にお答えください。
ご記入いただいた情報は、診察以外の目的で使用致しません。

氏名： _____ 年齢： _____ 歳 性別： 男 ・ 女
体温（ _____ ）度 身長（ _____ ）cm 体重（ _____ ）kg

1. 今日はいつ頃からどのような症状があり来院されましたか？ なるべく詳しくお書きください。
紹介状： ☐あり ☐なし

2. 最後に食べたのはいつですか？ : _____ 月 _____ 日 _____ 時頃
最後に飲んだのはいつですか？ : _____ 月 _____ 日 _____ 時頃（水・お茶・その他 _____）

3. 今までにおかかりの病気についてお尋ねします。【☐の中にチェックし、病名を空欄に記載下さい】
☐心疾患 ☐脳卒中 ☐糖尿病 ☐喘息 ☐腎疾患 ☐透析をしている
☐高血圧 ☐肝疾患 ☐緑内障 ☐脂質異常 ☐その他（ _____ ） ☐なし

4. 今までに手術を受けられたことがありますか？
☐ない ☐ある：病名（ _____ ）手術名（ _____ ）いつ頃（ _____ 歳）

5. 現在治療中の病気や、飲んでいる薬はありますか？
☐ない ☐ある：病名（ _____ ）医療機関（ _____ ）
飲んでいる薬品名（ _____ ）

6. アレルギーはありますか？
☐なし ☐ある：☐薬（ _____ ）☐造影剤 ☐金属
☐食べ物（ _____ ）☐その他（ _____ ）
☐ラテックスフルーツ：キウイ、マンゴー、パパイア、バナナ、栗、桃、アボガド、さくらんぼ、パイナップル、メロンなど
☐天然ゴム製品：ゴム手袋、ゴム風船、輪ゴム、他ゴム製日用品
☐ある方は、どのような症状が出ましたか？（ _____ ）

→ラテックスフルーツ、天然ゴム製品のアレルギーに該当される方は、別紙問診票をお渡しします。お知らせ下さい。

7. 現在の日常生活についてお尋ねします。

①食欲：☐ある ☐ない ②睡眠：☐よく眠れる ☐普通 ☐不眠

③便通：（ _____ 日 _____ 回）、下剤の使用：☐なし ☐あり

④喫煙：☐しない ☐以前していた } 喫煙歴： _____ 歳～ _____ 歳（ _____ 本/日）
☐現在している }

⑤飲酒：☐飲まない ☐飲む（量 _____ /日 _____ 歳～）

8. ご家族に以下の病気の方がいらっしゃいますか？ いらっしゃる方は（ _____ ）に続柄をご記入ください。
心疾患（ _____ ）脳卒中（ _____ ）糖尿病（ _____ ）喘 息（ _____ ）
腎疾患（ _____ ）高血圧（ _____ ）癌（ _____ ）その他（ _____ ）

9. 女性の方のみご記入ください。現在妊娠中ですか？

☐はい（妊娠 _____ 週） ☐いいえ ☐わからない

☐最終月経：（ _____ 年 _____ 月 _____ 日 ～ _____ 月 _____ 日）

☐閉経 _____ 歳

裏面に続きます。

10. マイナンバーカードをお持ちですか？

☐はい → マイナ保険証（マイナンバーカード）による診療情報取得に同意しますか？

☐はい ☐いいえ

☐いいえ

11. この1年で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか？

☐はい （受診時期： 月頃）

（指摘事項： ）

☐いいえ

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら呼びいたしますので、もうしばらくお待ちください。

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。