

外来共通問診票

カルテ№

氏名

生年月日

性別

科別
病棟名

Dr.

日付

氏名

〔性別 男・女〕

〔年齢

歳〕

〔身長

cm〕

〔体重

kg〕

下記の質問に対して該当するものにチェック☑印または記入をしてください。

1. 受診理由をお聞かせください。

理由（いつ頃から、どのような症状、どのような時）

()

2. 今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気、かかりつけの病院はありますか？

□なし □がん（種類： ） □喘息 □高血圧 □糖尿病
 □心臓病（心筋梗塞） □肝臓病 □胃腸病 □腎臓病 □脳卒中
 □結核 □緑内障 □その他（病名： ）
 □手術（病名／手術名： ）（ 歳頃）
 □通院している病院名（ ）

3. 血縁者（二親等以内）に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？

□なし □がん（種類： ） □喘息 □高血圧 □糖尿病
 □心臓病（心筋梗塞） □腎臓病 □結核 □脳卒中
 □その他（病名： ）

4. 薬のことについて、現在、当院・他院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？

□なし □あり（薬品名： ）

5. 嗜好品についてお聞きします。

①アルコール類（ビール・お酒・焼酎・ワインなど）は飲みますか？

□飲まない

□飲む【アルコール1日〔ビール（ ）本、日本酒（ ）合、洋酒（ ）杯／週（ ）日〕】

②タバコは吸いますか？

□吸わない □今は吸わない【1日（ ）本、（ ）歳～（ ）歳まで】

□吸う【1日（ ）本、（ ）歳～】

6. 今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

□いいえ □はい → いつ頃受けましたか？（ ）歳頃 □わからない

7. アレルギーはありますか？

□なし □あり → □抗生物質（薬品名： ） □麻酔薬 □造影剤
 □食べ物（具体的に： ） □花粉症 □金属
 □ハウスダスト □ラテックス □その他（ ）

8. 女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

□はい □いいえ □わからない □授乳中 □閉経（ ）歳～