

カルテNo

氏 名

生年月日

性別

科 別

别名

Dr.

日付

外来共通問診票

氏名

〔性別 男・女〕

〔年齡〕

歲〕

〔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～

→裏面に続きます

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。

9. マイナ保険証（マイナンバーカードの健康保険証利用）による診療情報取得に同意されましたか。

☐はい

☐いいえ

10. 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか。

☐はい → 医療機関名：

☐いいえ

11. 過去1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限ります）を受診されましたか。

☐はい → 受診時期： 年 月頃

指摘事項がありましたか。

☐はい（具体的に記載してください）

〔

☐いいえ

〕

☐いいえ

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。