

外来問診票

記入日: 令和 年 月 日

フリガナ		男・女	生年月日 T・S・H		年	月	日	(歳)
氏名			住	〒 -				
電話	自宅	-	所					
	携帯	-	緊急連絡先		-	-	〔続柄: 〕	
職種(仕事の内容)		身長	cm	看護師記入欄	KT:	℃	SpO2:	%
		体重	kg		Bp:	/	mmHg	P:

◆本日はどうされましたか? ➡ 症状があつて受診 他の医療機関からの紹介状あり 健診後の再検査

◆どのような症状が、いつ頃からありますか? ➡ []頃から

<input type="checkbox"/> 発熱(日前)	<input type="checkbox"/> 鼻水	<input type="checkbox"/> 鼻づまり	<input type="checkbox"/> のどの痛み	<input type="checkbox"/> たん(色:)
<input type="checkbox"/> 咳〔常に・夜間・朝方〕	<input type="checkbox"/> 呼吸が苦しい〔常に・安静時・動作時〕			
<input type="checkbox"/> ひーひー、ピーピー、ヒューヒュー等の喘鳴音がする〔どういう時に? 〕				
<input type="checkbox"/> 胸の痛み〔どういう時に? 〕				
<input type="checkbox"/> その他〔 〕				

◆通院中の病気、過去にかかった病気・手術などはありますか? ➡ なし・あり (以下の項目に✓をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常症	<input type="checkbox"/> 咳ぜん息	<input type="checkbox"/> ぜん息	<input type="checkbox"/> 小児ぜん息	<input type="checkbox"/> 肺気腫
<input type="checkbox"/> 気胸	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> 鼻炎	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> がん〔部位: 〕		
<input type="checkbox"/> その他〔病名: 〕						

◆現在、内服中または使用中の薬はありますか?

なし

あり ➡ 本日、お薬手帳はお持ちですか? (お薬の内容がわかる用紙など) ➡ なし あり ➡ **問診票と一緒に、ご提出ください。** アプリ〔 〕

◆過去に、薬で副作用がでたことはありますか? ➡ なし あり〔薬剤名: 〕

◆アレルギーはありますか? ➡ なし あり〔食べ物: 〕 その他: 〕

◆動物を飼っていますか? ➡ いいえ はい〔種類: 〕

◆たばこは吸いますか? ※電子タバコを含みます

吸っている〔 歳~ 1日 本〕 ➡ 症状出現後〔吸っている やめている〕

やめた〔 歳~ 歳まで 1日 本吸っていた〕

吸ったことがない

◆女性の方 ➡ 妊娠の可能性なし 妊娠の可能性あり 妊娠〔 週〕 授乳中

◆40歳以上の方 この1年間で健診(特定健診及び高齢者健診に限る)を受けていますか?

なし あり〔令和 年 月頃〕

◆本日、マイナンバーカードをお持ちですか?

なし あり

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。

ご記入いただき、ありがとうございます。受付へご提出ください。