

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	自宅 - -	所		
話	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
		体重	kg	
		KT:	℃	SpO2: %
		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

☐発熱(日前) ☐鼻水 ☐鼻づまり ☐のどの痛み ☐たん(色:) ☐咳[常に・夜間・朝方]
☐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？]
☐呼吸が苦しい[常に・安静時・動作時] ☐胸の痛み[どういう時に？]
☐その他 []

◆通院中または過去にかかった病気・手術などがありますか？ ➡ なし・あり(以下の項目に✓をご記入ください。)

☐高血圧 ☐糖尿病 ☐脂質異常症 ☐咳ぜん息 ☐ぜん息 ☐小児ぜん息 ☐肺気腫
☐気胸 ☐結核 ☐鼻炎 ☐アトピー性皮膚炎 ☐がん[部位:]
☐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