

外来問診票 (診察時の参考にさせていただきます) 平成 年 月 日

*レントゲン写真・お薬手帳等がありましたら診察受付窓口にお出しください。

氏名	年齢	才	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日												
1. 今日はどういうことで受診されましたか？																			
{ 気になる症状がある ・ 検診の結果で受診 ・ 他の病院、医師からの紹介 } ・今の症状に { 胸痛 動悸 頭痛 むくみ 咳 痰 発熱 息切れ 息苦しさ } ○して下さい { 特にない その他() } ・その症状はいつから、どのような様子ですか？																			
2. 現在、毎日飲んでいる薬がありますか？ { ある ・ ない }																			
3. 今までに病気やけがをしたことがありますか？ { ある ・ ない }																			
例) 10歳 盲腸炎 1週間入院 ○○病院 (手術した) 47歳 高血圧 通院中 ○○クリニック																			
4. 職業は？() * 現在無職の方は以前の職業をお書きください																			
労働時間(時間)																			
5. ご自身を中心に、ご家族の年齢と健康状態を書いてください																			
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:25%; border:1px solid black; padding:5px;"> 父(才) 健・亡 病名() </td> <td style="width:25%; border:none;">兄弟・姉妹(人)</td> <td style="width:25%; border:none;"></td> <td style="width:25%; border:none;">子供(人)</td> </tr> <tr> <td style="border:1px solid black; padding:5px;"> 母(才) 健・亡 病名() </td> <td style="border:none;"> <table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> </table> </td> <td style="border:none;"> <table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">配偶者(才) 健・亡 病名()</td></tr> </table> </td> <td style="border:none;"> <table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> </table> </td> </tr> </table>								父(才) 健・亡 病名()	兄弟・姉妹(人)		子供(人)	母(才) 健・亡 病名()	<table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> </table>	本人	<table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">配偶者(才) 健・亡 病名()</td></tr> </table>	本人	配偶者(才) 健・亡 病名()	<table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> </table>	本人
父(才) 健・亡 病名()	兄弟・姉妹(人)		子供(人)																
母(才) 健・亡 病名()	<table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> </table>	本人	<table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">配偶者(才) 健・亡 病名()</td></tr> </table>	本人	配偶者(才) 健・亡 病名()	<table style="border:none;"> <tr><td style="border:1px solid black; padding:5px;">本人</td></tr> </table>	本人												
本人																			
本人																			
配偶者(才) 健・亡 病名()																			
本人																			
6. 近親者に下記の病気の方がいらっしゃれば○で囲み、()にどなたかを書いてください																			
狭心症() 心筋梗塞() 不整脈() 高血圧() 脳卒中() 突然死() 腎臓病() 糖尿病() 癌() 喘息() 気管支拡張症() 結核() 病名はわからないが咳をしている()																			
7. アレルギーがあると言われたことがありますか？ { ある ・ ない }																			
あると答えた方 薬() 食べ物() その他()																			
8. アルコールは普段飲みますか？ { 飲む ・ 飲まない }																			
飲むと答えた方はどれくらい飲みますか？																			
(アルコールの種類)何を()どのくらい()何才頃から(才)																			
9. 喫煙歴についてお尋ねします																			
{ 今も吸っている (1日 本 才 から吸っている) 吸っていたがやめた(1日 本 才 ~ 才まで吸っていた) 全く吸ったことがない																			

看護師記載欄

身長 cm 体重 kg 体温 °C