

# 外来問診票 (診察時の参考にさせていただきます)

※ 検査データ・お薬手帳・紹介状などがありましたら診察受付窓口にお出してください。

※ アレルギーについては、別紙「アレルギー問診票」にご記載ください。

<b>氏名</b>	<b>年齢</b>	<b>才</b>	生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
<b>1 今日はどういうことで受診されましたか？</b> { 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 } ○をしてください { 息苦しさ 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？							
<b>2 現在、毎日飲んでいる薬がありますか？</b> { ある ・ ない }							
<b>3 今までに病気やけがをしたことがありますか？</b> { ある ・ ない } 例) 10才 盲腸炎 1週間入院 ○○病院 (手術した) 47才 高血圧 通院中 ○○クリニック							
<b>4 職業は？無職の方は「無職」に○をして、以前の職業をお書きください。</b> { 現在の職業 ( ) ・ 無職 } 労働時間 ( 時間)							
<b>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。独居の方はその旨記載ください。</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">                 父 ( 才 ) 兄弟・姉妹 ( 人 ) 子供 ( 人 )                  健 ・ 亡                  病名 ( )             </div> <div style="width: 10%; text-align: center;">                 本人             </div> <div style="width: 45%;">                 母 ( 才 )                  健 ・ 亡                  病名 ( )             </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%;">                 本人             </div> <div style="width: 45%;">                 配偶者 ( 才 )                  健 ・ 亡             </div> </div>							
<b>6 近親者に下記の病気の方がいれば○で囲み ( ) にその方が誰かを書いてください。</b> 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 ( ) 病名は分からないが咳をしている ( )							
<b>7 アルコールは普段飲みますか？</b> { 飲む ・ 飲まない } ・ 「飲む」と答えた方 { 日本酒 (1日) ( ) mL ・ 本 ・ 杯 } ・ 飲酒頻度 ( 回/週 ) { 焼酎 (1日) ( ) mL ・ 本 ・ 杯 } ・ 何才頃から ( 才 ) { ビール (1日) ( ) mL ・ 本 ・ 杯 } { ワイン (1日) ( ) mL ・ 本 ・ 杯 }							
<b>8 喫煙歴についてお尋ねします。</b> ・ あり : 喫煙本数 ( 本/日 ) 喫煙歴 ( 歳 ~ 現在 ) ・ 過去に吸っていたがやめた (1ヵ月以上経過) : 喫煙本数 ( 本/日 ) 喫煙歴 ( 歳 ~ 歳 ) ・ なし							
医療者側記載欄 身長 : cm 体重 : kg 体温 : °C							

氏名 \_\_\_\_\_

# アレルギー問診票

アレルギーのことを伺います。各項目ごとに、(ある)・(ない)にチェックをお願いします。(花粉症等のアレルギーは含みません)

## 薬剤

内服薬や注射で、湿疹(じんましん)かゆみ、はき気などの身体の異常を感じたことがありますか？

- ない
- ある → (薬の名前 \_\_\_\_\_)

## 食物

ない  ある (下記の該当する箇所へ○をつけてください)

- |            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| ・卵(つなぎ可>□) | ・えび(エキス可>□) | ・バナナ        |
| ・乳         | ・かに(エキス可>□) | ・豚肉(エキス可>□) |
| ・大豆        | ・あわび        | ・鶏肉(エキス可>□) |
| ・小麦(醤油可>□) | ・いか         | ・牛肉(エキス可>□) |
| ・そば        | ・いくら        | ・その他        |
| ・やまいも      | ・さけ(エキス可>□) | ( _____ )   |
| ・落花生       | ・オレンジ       |             |
| ・ごま        | ・キウイフルーツ    |             |
| ・まつたけ      | ・カシューナッツ    |             |
| ・くるみ       | ・もも         |             |
| ・ゼラチン      | ・リンゴ        |             |

### 出現する症状

- ・皮膚が痒くなった
- ・赤くなった
- ・蕁麻疹・唇の腫れ
- ・口中のイガイガ感
- ・目の充血
- ・くしゃみ・咳
- ・鼻水・息苦しさ
- ・ゼーゼーといった呼吸・腹痛・吐き気
- ・嘔吐・下痢
- ・血圧低下・意識低下
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

※好き・嫌いではなく、アレルギー情報を記載してください

## 造影剤(使用経験) ある ない

今まで造影剤を使用した際に、湿疹、息苦しさ、などの身体の異常を感じたことがありますか？

- ない
- ある → 造影剤名 ( \_\_\_\_\_ )

## その他

ない  ある

- |                |         |       |
|----------------|---------|-------|
| ・金属            | ・アルコール剤 | ・天然ゴム |
| ・絆創膏           | ・消毒薬    |       |
| ・その他 ( _____ ) |         |       |

### 出現する症状

- ・蕁麻疹・唇の腫れ
- ・目の充血・くしゃみ・咳
- ・鼻水・息苦しさ
- ・ゼーゼーといった呼吸
- ・皮膚のかぶれ
- ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

※花粉症やアレルギー性鼻炎等は含みません

確認者 サイン欄	医師サイン	看護師	薬剤師	栄養士
	禁忌項目 <input type="checkbox"/> あり			