

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。

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 ・ 他の病気、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？							
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							
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。 { 現在の職業 () ・ 無職 } 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。独居の方はその旨記載ください。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 父 (才) 兄弟・姉妹 (人) 健 ・ 亡 病名 () </div> <div style="width: 45%;"> 子供 (人) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 本人 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 配偶者 (才) 健 ・ 亡 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> 母 (才) 健 ・ 亡 病名 () </div> <div style="width: 45%;"> 本人 </div> </div>							
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。 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 () 病名が分からないが咳をしている ()							
7 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 { 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 }							
8 喫煙歴についてお尋ねします。 ・ あり：喫煙本数 (本/日) 喫煙歴 (才 ~ 現在) ・ 過去に吸っていたがやめた (1ヶ月以上経過)：喫煙本数 (本/日) 喫煙歴 (才 ~ 才) ・ なし							
医療者側記載欄 身長： cm 体重： kg 体温： °C							