エンボス

外 来 問 診 票（診察時の参考にさせていただきます）

※紹介状（検査データ含む）は受付窓口にお出しください。

記載日：　　年　　月　　日

氏名　　**年齢**　　**歳**　**生年月日**　大・昭 平・令　　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　}

・現在の症状に〇をしてください｛　胸痛　動悸　頭痛　むくみ　咳　痰　発熱　息切れ　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　｝

薬剤名（ 当院初診の方はなるべく記載して下さい ）

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　〇〇病院（手術した）
　　47歳　高血圧　通院中　〇〇クリニック

4　職業を教えてください。無職の方は「無職」に〇をして、以前の職業を書いてください。

現在の職業（　　）　・無職　（以前の職業：　　）

労働時間（　　時間/日）

5　家族構成を教えてください。また、医師の説明を聞かれる家族の方に〇をつけてください。

配偶者/ﾊﾟｰﾄﾅｰ（年齢　　□同居）　／　実父（年齢　　□同居）

子（ 男・女　年齢　　□同居）　／　実母（年齢　　□同居）

子（ 男・女　年齢　　□同居）　／　きょうだい（ 男・女　年齢　　□同居）

その他家族（　　年齢　　□同居）／　その他家族（　　年齢　　□同居）

6　近親者に下記の病気の方がいれば〇で囲み（　）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（　　）　病名は分からないが咳をしている（　　）

7　飲酒について教えてください。｛　飲む　・　飲まない　｝

・飲むと答えた方　種類（　　）　量（　　杯・　　ml）/回
　頻度（　　）日／週・月

8　喫煙について教えてください。

・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

9　介護認定を受けていますか。｛　はい　・　いいえ　・　申請中　｝

（　要支援　　・要介護　　・不明　）

利用中の介護サービス　（　　）

医療者側記載欄　身長：　　cm　体重：　　kg　体温：　　℃