

外来共通問診票

ふりがな お名前 生年月日: 年 月 日	男・女 歳 ご職業	身長 cm 体重 Kg・g
スタッフ記載欄	血圧 mmHg 脈拍 回/分 体温 °C	O ₂ S A T %

▼いつからどのような症状がありますか？ どのようなことが心配で来院されましたか？
() 年 () 月 () 日頃～

▼現在かかりつけの病院等がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名:)

▼かかりつけの歯科医がありますか？

☐なし ☐あり (診療所名:)

▼今までにかかった病気や手術を受けたこと、現在治療中の病気がありますか？ ☐なし

☐がん (歳) ☐喘息 (歳) ☐高血圧 (歳)
☐糖尿病 (歳) ☐心臓病 (歳) ☐肝臓病 (歳)
☐腎臓病 (歳) ☐脳卒中 (歳) ☐結核 (歳)
☐その他(病名:) (歳)
☐手術 (病名/手術名:) (歳)

▼血縁の方に以下のような病気の方はいらっしゃいますか？ ☐なし

☐がん (続柄:) ☐喘息 (続柄:) ☐高血圧 (続柄:)
☐糖尿病 (続柄:) ☐心臓病 (続柄:) ☐腎臓病 (続柄:)
☐脳卒中 (続柄:) ☐その他(病名:) (続柄:)

▼薬のことについてお聞きします。

① 現在、当院・他病院での薬の処方や市販薬の服用はされていますか？ ☐なし ☐あり

② 薬でのアレルギー及び副作用はありますか？

☐なし ☐あり ⇒ ☐抗生物質(薬品名:) ☐造影剤 ☐麻酔薬
☐その他 ()

③ 血液をサラサラにする薬(抗血栓薬: ワーファリン・バイアスピリンなど)、ホルモン剤(低用量ピルなど)、を飲んでいますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ 薬品名 ()

* 現在内服している薬があれば、診察時に伝えられるように、お薬手帳/表をお手元にご用意ください。

▼嗜好品についてお聞きします。

① お酒は飲みますか？

☐飲まない ☐時々飲む ⇒ () を () 杯/合/ml 週 () 日
☐毎日飲む ⇒ () を () 杯/合/ml

② タバコは吸いますか？

☐吸わない ☐吸う ⇒ 1日に () 本 () 歳～
☐今は吸わない ⇒ () ～ () 歳まで 1日に () 本 () 年間

▼今までに輸血もしくは血液製剤を受けたことがありますか？

☐いいえ ☐はい ⇒ いつ頃受けましたか？ () 歳頃 ☐わからない

お名前 : 様

生年月日： 年 月 日

▼アレルギーについてお聞きします。

- ① 食物でアレルギーはありますか？
☐なし ☐あり ⇒ どんな食物ですか？ ()
- ② その他、アレルギーはありますか？
☐なし
☐花粉症 ☐ハウスダスト ☐金属 ☐ラテックス ☐その他 ()

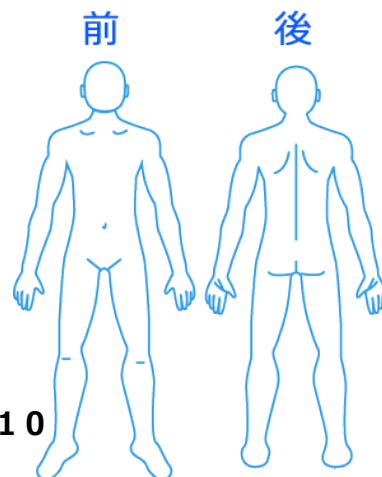
▼せきは出ていますか？

- ☐なし ☐あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① せきが多い、又はたんに血が混じっていますか？ ☐いいえ ☐はい
② 2週間以上、せきが続いていますか？ ☐いいえ ☐はい

▼痛みについてお聞きします。からだの中で痛いところがありますか？

- ☐なし ☐あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① 痛い場所はどこですか？
右図の該当する部位に○をつけてください。
- ② 「痛みの無い状態」を0点「最悪の痛み」を10点にした場合、現在の痛みはどの段階ですか？
該当する数字に○をつけてください。

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



▼過去3ヶ月で、食事量が減りましたか？

- ☐食事量の変化なし ☐食事量がおよそ2/3に減った ☐食事量が半分以下に減った

▼過去3ヶ月で、体重の減少がありましたか？

- ☐体重の減少に変化なし ☐1 kg～3 kgの体重の減少あり ☐3 kg以上の体重減少あり

▼4ヶ月以内に転んだことがありますか？

- ☐なし ☐あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。

- ① いつ頃ですか？ () ヶ月前
② どのように転びましたか？
☐ふらついた ☐つまずいた ☐足がもつれた
☐その他 ()

▼3ヶ月以内に渡航歴がありますか？

- ☐なし ☐あり
→「あり」を選択された方にお聞きします。
- ① いつですか() ～ ()
② どこへいきましたか ()

▼女性の方にお聞きします。現在、妊娠中ですか？

- ☐はい ☐いいえ ☐わからない ☐授乳中

▼どなたに診察の結果を説明すればいいですか？

- ☐本人 ☐家族：お名前 () (続柄：)
☐その他 ()

→「本人」を選択された方にお聞きします。

どのような結果でも、すべての事を知りたいですか？

- ☐はい ☐悪い結果なら知りたくない ☐その他

▼この1年間で健診（特定健診及び高齢者検診に限る）を受診しましたか？

- ☐いいえ ☐はい→受診時期 () 月頃 / 指導事項 ☐なし ☐あり