

患者氏名： 患者 ID：
 性別：
 年齢：

外来受診時 問診票（1 / 2）

診察の際に参考にさせていただきますので、以下の質問について記入をお願いいたします。
 ＊他の病院などからの紹介状、レントゲンフィルム・CD-ROM 等がありましたら受付に提出をお願いいたします。

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ °C

本日はお食事をとられてきていますか？ はい・いいえ

最終飲食時間は何時ですか？ _____ 時

I. 本日の受診理由についてお書き下さい。（一番つらい症状からお書きください）

1. _____
2. _____
3. _____

II. 上記の症状はいつ頃からですか？

1. _____ 日前から または 月 日頃から
2. _____ 日前から または 月 日頃から
3. _____ 日前から または 月 日頃から

III. 過去1ヶ月以内に海外へ渡航されたことはありますか？

はい → 国・地域（ _____ ） ・ いいえ

IV. 既往歴などについてお伺い致します。

1. 現在治療中の病気はありますか？ はい・いいえ

“はい” の方のみ：病名

2. 過去に大きな病気、けがなどをされたことはありますか？ はい・いいえ

“はい” の方のみ病名、治療、手術などをお書き下さい。

_____ 歳頃 病名 _____ 治療・手術

_____ 歳頃 病名 _____ 治療・手術

_____ 歳頃 病名 _____ 治療・手術

3. 血縁関係(祖父母・両親・兄弟・子供)の方に以下の病気の方はいますか？

①結核 ②がん ③高血圧 ④糖尿病 ⑤気管支喘息 ⑥腎臓病 ⑦肝臓病 ⑧心臓病

⑨難聴 ⑩脳卒中 ⑪精神疾患

“はい” の方のみ続柄、病名(番号)をお書きください。

続柄： _____ 病名 _____ 続柄： _____ 病名 _____

続柄： _____ 病名 _____ 続柄： _____ 病名 _____

続柄： _____ 病名 _____ 続柄： _____ 病名 _____

患者氏名：

患者ID：

性別：

年齢：

内科 問診票 (2 / 2)

V. 生活習慣についてお伺いします (該当するものに○印または記入をお願いいたします)

1. お酒を飲みますか？ ・ 全く飲まない ・ 以前飲んだが今は飲まない
 ・ 飲む：宴会の時だけ 1回/週 2～3回/週 4～5回/週
 毎日1～2合 毎日2～3合 毎日3合以上

2. タバコを吸いますか？ ・ 吸わない ・ 以前吸っていたが今は吸わない
 ・ 吸う (1日約_____本 ・ _____歳から吸っている)

3. 常備薬はありますか？ はい・いいえ

4. アレルギーはありますか？ はい・いいえ

“はい”の方のみ くすり (_____)

食べ物 (_____)

その他 (_____)

5. あなたの職業は何ですか？ _____

お仕事で特殊な化学物質や有機溶媒を取り扱う方は具体的に記入をお願い致します。

消化器症状のある方にお伺い致します。あてはまるものに○印または記入をお願いいたします。

排便習慣：1回/毎日・2～3回/毎日・1回/2～3日

その他 回/ ～ 日

便の性状：硬い・普通・やわらかい・水っぽい

便の色：赤っぽい・黒色・茶～黄色・白っぽい・その他 (_____)

最終排便：_____月_____日

排便のない方にお伺いします。ガス (おなら) は出ますか？ はい・いいえ

女性の方にお伺いします。どちらかに○印をして時期をご記入ください。

1. 現在妊娠されていますか。(はい・いいえ)

2. 生理がある 最終生理 _____年 _____月 _____日頃

現在ご妊娠の可能性はありますか？ はい・いいえ

*他院より処方を受け内服されている方はその旨を診察時にお申し出下さい。

ご記入が終わりましたら受診受付にご提出され順番をお待ちください。