

《外来患者様》

問診票

紹介状： あり なし

介護保険： あり なし

日付(西暦) 年 月 日

介護保険	要支援	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2			
	要介護	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

1. お名前 様 年齢 歳 性別 (男・女)
身長 () cm 体重 () kg

2. 希望診療科

- リハビリテーション科 内科
脳神経外科 脳神経内科
整形外科 (骨密度の検査を希望されますか? はい いいえ)
その他 ()

3. 今日はどのような目的で来院されましたか? いつ頃から、どのような症状がありますか?

いつ頃:
症状:

4. 現在までにかかった病気や今治療中の病気があれば、に✓でチェックを入れ
発症年齢、経過内容をご記入下さい。

- 特になし 肝臓病 ()
腎臓病 () 高血圧 ()
前立腺疾患 () 糖尿病 ()
手術 () 脳卒中 ()
胃潰瘍・逆流性食道炎 ()
気管支喘息・アレルギー疾患 ()
心臓病 (不整脈の 有・無)
その他 ()

5. 現在、薬を飲んでいますか? はい いいえ

「はい」と答え方は、それはどのような薬ですか。わかる範囲でお答え下さい。

()

・抗凝固剤、抗血小板(血液サラサラの内服)の薬を飲んでいますか? はい いいえ

()

6. ご自分の病気(がんや難病)の告知を望まれますか? わからない はい いいえ

7. これまで、薬や注射で副作用が出たことがありますか? はい いいえ

「はい」と答えた方にお聞きします。

・それは、どのような薬・注射でしたか? ()

・また、どのような症状でしたか? ()

8. 食品、その他アレルギーがあれば記入してください。

()

9. 喫煙されますか? しない 今はやめている
する (本/日) ・喫煙歴 年

10. 飲酒されますか? しない 今はやめている
する (ml/日) ・飲酒歴 年

《女性の方だけにお尋ねします》

11. 現在妊娠していますか? わからない はい いいえ

12. 現在授乳中ですか? はい いいえ

※この問診票は、診療を円滑に進めるために使わせていただきます。

尚プライバシーは厳守いたします。