

# 外来問診票

20 年 月 日

ふりがな  
氏名

男・女 生年月日 大正・昭和・平成 年 月 日(才)

ご住所

電話番号

1) 具合の悪いところ、あるいは症状を具体的に記入して下さい。

( )

2) その症状が出たのはいつ頃からですか？

( 年 月 日頃から)

3) 今回の症状に関してどちらかの医院・病院にかかりましたか？

・はい → 年 月 日から にかかっている。

・いいえ

4) 今までにかかった病気や治療中の病気があれば、チェックし、いつ頃かを( )にご記入下さい。

喘息 ( 頃)  肺炎 ( 頃)  結核 ( 頃)

高血圧( 頃)  肝臓病( 頃)  腎臓病( 頃)

糖尿病( 頃)  脳卒中( 頃)  がん ( 頃)

心臓病( 頃)  その他(病名: )

5) ①薬のアレルギーはありますか？

・はい → (薬の名前 )

・いいえ

②その他のアレルギーはありますか？

・はい → ( )

・いいえ

6) 抗血小板薬(血をサラサラにする薬)を使用していますか？

・はい → (薬の名前 )

・いいえ

7) 今までに手術を受けたことはありますか？

・はい → いつ頃( ) 病名: 病院名:

・いいえ

8) 嗜好品についてお伺いいたします。

・たばこ 吸う ( 約 本/1日 ) ・ 吸わない

・アルコール 飲む ( 毎日・週に1回程度・月に1回程度 ) ・ 飲まない

・その他の嗜好品 ( )

9) 女性の方へ

①妊娠の可能性はありますか？

・はい ・いいえ

②現在授乳中ですか？

・はい ・いいえ

10) 介護保険を受けていますか？

・はい → 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

・いいえ

※紹介状、お薬手帳をお持ちの方は受付にてご提示をお願い致します。

※ペースメーカーや補聴器及び体内に金属やステント等が入っている場合は、記入をお願い致します。

( )

【立川記念病院】