



年 月 日

内科外来受診の方へ

(※ご記入後、問診窓口へご提出下さい)

フリ ガナ

氏名 _____ 診察券番号 _____ 緊急連絡先 _____

男 / 女 年齢 _____ 歳 身長 _____ cm / 体重 _____ kg / 本日の体温 _____ °C

■具合の悪いところを具体的に記入してください。

どこがどのように悪いですか？

■いつからですか？

■今回の症状でどちらかの医院・病院にかかりましたか？

いいえ はい _____ 年 _____ 月 _____ 日から _____ にかかっている。

■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。

<input type="checkbox"/> 喘息 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 肺炎 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 結核 (_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 高血圧 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 腎臓病 (_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 糖尿病 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> 脳卒中 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> がん (_____ 頃)
<input type="checkbox"/> 心臓病 (_____ 頃)	<input type="checkbox"/> その他 (病名: _____)	

■今までに手術の経験はありますか？

なし あり 病名: _____
いつ頃: _____

 ■輸血を受けたことがありますか？ いいえ はい

 ■薬のアレルギーはありますか？ なし・あり(_____)

 食べ物のアレルギーはありますか？ なし・あり(_____)

その他: _____

■現在、飲んでる薬はありますか？

なし あり(薬品名: _____)

 ■たばこ 吸わない 吸う 過去に吸っていた
(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

 アルコール 飲まない 飲む 過去に飲んでいた
(種類: _____、1回 _____ 杯、毎日 時々 月に2~3回)

■女性の方へ

 妊娠している可能性は？ ない ある

 最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経してる

 ■検診結果や他医院からの紹介状はありますか？ なし あり

 ■マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない

 ■過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明