

# 外来 共通問診票

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 診察券番号： \_\_\_\_\_

お名前： \_\_\_\_\_ 性別： 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

電話番号： 携帯 \_\_\_\_\_ ( 本人携帯 ) 固定 \_\_\_\_\_ ( 本人自宅 )  
電話 \_\_\_\_\_ 他 ( \_\_\_\_\_ ) 電話 \_\_\_\_\_ 他 ( \_\_\_\_\_ )

職業： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

## 1. 今日はいつからどんな症状で来院されましたか

いつから (原因)	どんな症状 (部位)

今回の症状について、他の医療機関を受診されましたか ( はい ・ いいえ )

はいの場合：医療機関名 ( \_\_\_\_\_ )  
診 断 名 ( \_\_\_\_\_ )

最後に食事をしたのはいつですか ( \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ) ( \_\_\_\_\_ ) 時頃

## 2. アレルギーがありますか ( はい ・ いいえ )

原因	種類	症状
薬剤		発疹・吐き気、嘔吐・息苦しい・気分不良・その他 ( _____ )
		発疹・吐き気、嘔吐・息苦しい・気分不良・その他 ( _____ )
造影剤		発疹・吐き気、嘔吐・息苦しい・気分不良・その他 ( _____ )
食べ物		発疹・吐き気、嘔吐・息苦しい・気分不良・その他 ( _____ )
		発疹・吐き気、嘔吐・息苦しい・気分不良・その他 ( _____ )
食べ物以外 (その他)	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> 絆創膏・テープ <input type="checkbox"/> 花粉 <input type="checkbox"/> ハウスダスト <input type="checkbox"/> ヨード剤 (イソジン) <input type="checkbox"/> アルコール剤 <input type="checkbox"/> ゴム製品 <input type="checkbox"/> ゴム製品に日々触れる職歴 (医療従事者、飲食、美容等) <input type="checkbox"/> 薬・食べ物以外のその他 ( _____ )	

## 3. インプラント (体内に埋め込まれているもの) はありますか ( はい ・ いいえ )

- 人工弁                     ステント                     人工血管                     中心静脈ポート  
 ペースメーカー     植え込み式除細動器     脳動脈クリッピング     脳室シャント  
 人工関節                 ボルト (釘)                 プレート                     人工内耳  
 透析シャント     歯                             人工乳房                     その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 血圧測定や採血等の処置を禁止された部位がありますか ( はい ・ いいえ )

部位： ( \_\_\_\_\_ ) 理由： ( 透析シャント ・ その他 ( \_\_\_\_\_ ) )

## 5. 今までに、かかった病気や治療中の病気があればご記入ください

病名	年齢	治療	医療機関名
高 血 圧	( _____ )	( 未治療・内服/注射薬・手術・その他 ( _____ ) )	( _____ )
糖 尿 病	( _____ )	( 未治療・内服/注射薬・手術・その他 ( _____ ) )	( _____ )
気 管 支 喘 息	( _____ )	( 未治療・内服/注射薬・手術・その他 ( _____ ) )	( _____ )
が ん	( _____ )	( 未治療・内服/注射薬・手術・その他 ( _____ ) )	( _____ )
( _____ )	( _____ )	( 未治療・内服/注射薬・手術・その他 ( _____ ) )	( _____ )
( _____ )	( _____ )	( 未治療・内服/注射薬・手術・その他 ( _____ ) )	( _____ )

～～裏面の記載もお願い致します～～

**6. 服用中のお薬がありますか** ( はい ・ いいえ )

はいの場合： お薬手帳をお持ちですか ( はい(手帳) ・ はい(アプリ) ・ いいえ )  
※紙手帳の方は、コピーを取らせて頂く場合があります

**アプリの方、お持ちでない方は、お薬の名前・処方された医療機関名をご記入ください**

〈お薬情報〉

医療機関名 ( )

**7. 飲酒していますか** ( 飲む ・ 飲まない )

飲む場合：( 酒 ・ ビール ・ 焼酎 ・ ワイン )  
( 1日 ( ) ml / 週 ( ) 回 )

**8. 喫煙していますか** ( あり ・ なし ・ 吸っていたがやめた )

ある場合：( ) 歳～ ( ) 歳 1日 ( ) 本

**9. 現在、妊娠中ですか(女性の方のみ)** ( はい ・ いいえ ・ わからない )

**10. 血の繋がったご家族に、以下の病気の方やその病気で亡くなった方はおられますか**

( はい ・ いいえ ) おられる場合：(例：心臓病 ( 母 ))

心臓病 ( )  高血圧 ( )  脳梗塞 ( )

がん ( )  糖尿病 ( )  精神疾患 ( )

気管支喘息 ( )  その他 ( ) ( )

ご記入ありがとうございました。