外来問診票

記入日：　　年　　月　　日

氏名：　　（　　歳）　男　・　女

● マイナ保険証による診療情報取得に同意しますか？　　いいえ　・　はい

● 他の医療機関からの紹介状はお持ちですか？　　いいえ　・　はい

● この1年間で健診（特定健診および高齢者健診に限る）を受診しましたか？　　いいえ　・　はい
「はい」の方は受診時期をお書きください。　　年　　月　頃

● 本日はどのような症状があり、受診されましたか？

□ 頭痛　　□ 吐き気　　□ 嘔吐

□ しびれ　(a. 右手　b. 左手　c. 右足　d. 左足　e. その他：　　)

□ 手足の力が入らない　　□ めまい（ a. ぐるぐる回る　　b. ぐるぐる回らない ）

□ ろれつが回らない　　□ 水を飲むとむせる

□ よだれがこぼれる（ a. 右　　b. 左 ）

□ 物忘れ　　□ 頭を打った

□ 発熱（　　度）

□ 咳　（ a. 痰が絡む　b . 痰が絡まない）　　□ 鼻水

□ 腹痛　　□ 下痢　　□ 食欲がない

□ 胸が苦しい　　□ 脈がとぶ

□ その他（　　）

● 症状はいつ頃からですか？〔　　頃 〕

● 現在、他の医療機関に通院していますか？

□ いいえ　　□ はい　　病院名：

● 今までに下記の治療・指摘を受けたことはありますか？　□ ない　　□ ある

【「ある」とお答えの方】

□ 高血圧　　□ 糖尿病　　□ 脂質異常症　　□ 脳卒中　　□ 心臓病

□ 胃腸病　　□ 肝臓病　　□ 腎臓病　　□ がん　　□ 喘息

□ その他（　　）

● 現在、服用しているお薬はありますか？※お薬手帳をお持ちの方は、受付にご提出ください。

□ いいえ

□ はい〔 お薬の内容：　　〕

● 今までに大きな手術を受けたことはありますか？

□ いいえ

□ はい　　いつ頃：　　手術名：

裏面につづく

● 嗜好品についてお答えください。

【酒】　飲まない　・　飲む　（1日　　合・本）

【たばこ】　吸わない　・　吸う　（1日　　本　　年間）

● 下記の中で該当するものはありますか？

□ ペースメーカーが入っている　　□ 体内に金属が入っている

□ どちらも該当しない

● アレルギーについてお答えください

☆ 今までにお薬でアレルギーが出たことはありますか？

□ ない　　□ ある　　□ わからない

【「ある」とお答えの方】

薬の名称：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

症状：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☆ 造影剤検査をしたことがありますか？　□ ない　□ ある　□ わからない

【「ある」とお答えの方】

副作用はありましたか？　□ ない　□ ある（ 症状：　　）

☆ 食物アレルギーはありますか？　□ ない　□ ある

【「ある」とお答えの方】

アレルギーが出た食べ物をお書きください。

（　　）

● その他、何かありましたらご記入ください。

（　　）

● 女性の方のみお答えください。

□ 妊娠はしていない

□ 妊娠中である　　□ 妊娠の可能性がある　　□ 授乳中である

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。