

## 外来問診票

太線内に記入してください

|          |          |    |   |   |
|----------|----------|----|---|---|
| ID       | 記入日（西暦）  | 年  | 月 | 日 |
|          | 生年月日（西暦） | 年  | 月 | 日 |
| カナ<br>氏名 | 身長       | 体重 |   |   |
|          | cm       | kg |   |   |

下記の質問について、該当するものに☑を入れ、（ ）に詳細を記入してください。

### 1. 本日受診された理由を教えてください(複数回答可)

- ☐ 自覚症状がある → 詳しい症状について 質問3. に記入してください  
☐ 精密検査、受診を勧められた（具体的に \_\_\_\_\_）  
☐ 転院を希望する      ☐ 久しぶりに診察を受けたい      ☐ セカンドオピニオン  
☐ その他(具体的に \_\_\_\_\_)

### 2. 当院をお知りになったきっかけを教えてください

- ☐ 医師からの紹介      ☐ 新聞/雑誌      ☐ 当院のホームページ      ☐ 知人の紹介  
☐ インターネット      ☐ その他（具体的に \_\_\_\_\_）

### 3. 自覚症状について教えてください(自覚症状がない方は質問4. へ進んでください)

- ・どのような症状ですか？
- ☐ 胸の痛み/圧迫感      ☐ 息切れ      ☐ むくみ      ☐ 動悸/脈の不整  
☐ その他（具体的に \_\_\_\_\_）
- ・その症状を初めて感じたのはいつ頃ですか？（ \_\_\_\_\_）
- ・その症状はどのようなときに現れますか？
- ☐ 早足/階段を上がるなど労作時      ☐ 安静時      ☐ 臥床時      ☐ 真夜中/早朝  
☐ 意識すると常に      ☐ きっかけはなく突然      ☐ その他（具体的に \_\_\_\_\_）
- ・その症状はどれくらい持続しますか？
- ☐ 瞬間～数秒      ☐ 数分      ☐ 数十分      ☐ 数時間～半日      ☐ 数日      ☐ 常にある

### 4. 現在治療中、または今までに治療や手術を受けた病気を教えてください

- ☐ 特になし
- ☐ 心臓病( 才:病名 \_\_\_\_\_ )      ☐ 手術( 才:内容 \_\_\_\_\_ )  
☐ 高血圧( 才 )      ☐ 脂質異常症( 才 )      ☐ 糖尿病( 才 )  
☐ 喘息( 才 )      ☐ 甲状腺疾患( 才 )      ☐ 脳血管疾患( 才 )  
☐ 癌( 才:部位 \_\_\_\_\_ )      ☐ 緑内障( 才 )  
☐ 前立腺肥大症( 才 )      ☐ 胃・十二指腸潰瘍( 才 )      ☐ 大腸ポリープ( 才 )  
☐ その他( 才:病名 \_\_\_\_\_ )

(裏ページに続きます)

(表ページからの続きです)

**5. アレルギーがある場合は、重要事項ですので正確に詳しく記入してください**

- ・造影剤アレルギー ☐なし ☐あり (具体的に )
- ・医薬品アレルギー ☐なし ☐あり (具体的に )
- ・アレルギー性疾患 ☐なし ☐あり (喘息/花粉症など具体的に )
- ・接触アレルギー ☐なし ☐あり (アルコール綿など具体的に )
- ・食品アレルギー ☐なし ☐あり (具体的に )
- ・その他のアレルギー ☐なし ☐あり (具体的に )

**6. 生活習慣などについて教えてください**

- ・喫煙 ☐しない ☐やめた…( 才～ 才まで、1日 本)  
☐する…( 才～、1日 本)
- ・飲酒 ☐しない ☐する…(具体的に )
- ・運動習慣 ☐しない ☐する…(具体的に )
- ・職業 ☐なし ☐あり…(具体的に )
- ・同居家族 ☐なし ☐あり…(具体的に )
- ・女性の方 閉経年齢 才

**7. ご家族（血縁のある親、祖父母、叔父叔母、甥姪、子、孫）で以下のご病気の方がいたら教えてください**

- ☐心臓病(誰が 病名： ) ☐脳血管疾患(誰が )
- ☐突然死(誰が 死亡年齢： 歳のとき) ☐高血圧(誰が )
- ☐糖尿病(誰が ) ☐脂質異常症(誰が )
- ☐いない ☐わからない

**ご記入ありがとうございました**

(職員使用欄)