

外 来 問 診 票

記入日令和 年 月 日

フリガナ				性別	男・女	職業															
氏名																					
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳）																				
住所	〒																				
連絡先 ☎	携帯（ ）・自宅（ ）																				
	その他（ 続柄 ）																				
【1】	本日はどうされましたか？ <u>いつ頃から</u> 、 <u>どのような症状</u> があるか詳しくご記入ください <div style="text-align: right;">体温 _____ ℃</div>																				
【2】	今までに通院や手術が必要な病気をされたことはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="4" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> 高血圧</td> <td><input type="checkbox"/> 心臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td rowspan="4" style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 腎臓病</td> <td><input type="checkbox"/> 脳疾患</td> <td><input type="checkbox"/> 甲状腺</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他（ ）</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>手術名（ ）</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> いいえ							{	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病		<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他（ ）			手術名（ ）		
{	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病																		
	<input type="checkbox"/> 腎臓病	<input type="checkbox"/> 脳疾患	<input type="checkbox"/> 甲状腺																		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）																				
	手術名（ ）																				
【3】	現在治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> はい <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>病名（ ）</td> <td rowspan="2" style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td>病院名（ ）</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> いいえ お薬は飲まれていますか <input type="checkbox"/> はい（ ） <input type="checkbox"/> いいえ							{	病名（ ）		病院名（ ）										
{	病名（ ）																				
	病院名（ ）																				
【4】	アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> はい <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="3" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> 食べ物（ ）</td> <td rowspan="3" style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他（ ）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 薬（ ）</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない							{	<input type="checkbox"/> 食べ物（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 薬（ ）									
{	<input type="checkbox"/> 食べ物（ ）																				
	<input type="checkbox"/> その他（ ）																				
	<input type="checkbox"/> 薬（ ）																				
【5】	タバコは吸われますか？ <input type="checkbox"/> 吸っている（ 本/日） <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 以前吸っていた（ 年前 本/日 年間）																				
【6】	アルコールは飲まれますか？ <input type="checkbox"/> 飲む <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td><input type="checkbox"/> ビール</td> <td><input type="checkbox"/> 日本酒</td> <td><input type="checkbox"/> 焼酎</td> <td rowspan="2" style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他（ ）</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> _____ 週 _____ 回 _____ 本/日 <input type="checkbox"/> 飲まない							{	<input type="checkbox"/> ビール	<input type="checkbox"/> 日本酒	<input type="checkbox"/> 焼酎		<input type="checkbox"/> その他（ ）								
{	<input type="checkbox"/> ビール	<input type="checkbox"/> 日本酒	<input type="checkbox"/> 焼酎																		
	<input type="checkbox"/> その他（ ）																				
【7】	1ヶ月以内に海外旅行をされましたか？ <input type="checkbox"/> はい <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>いつ（ ）</td> <td rowspan="2" style="width: 50px;"></td> </tr> <tr> <td>どこに（ ）</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> いいえ							{	いつ（ ）		どこに（ ）										
{	いつ（ ）																				
	どこに（ ）																				
【8】	女性の方にお伺いします ①妊娠されていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない ②授乳されていますか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																				