

外 来 問 診 票

記入日 西暦 年 月 日

フリガナ																							
氏名				性別	男・女	職業																	
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()																			
マイナ保険証による診療情報取得に同意されましたか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 使用していない																			
他の医療機関からの紹介状を持っていますか？				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																			
この1年間で健診(特例健診及び高齢者健診に限る)を受診されましたか？						<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																	
【1】	本日はどうされましたか？ <u>いつ頃から、どのような症状があるか</u> 詳しくご記入ください <div style="text-align: right;">体温 _____ °C</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="vertical-align: middle;">□いいえ</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 colspan="3"><input type="checkbox"/>その他 ()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">手術名 ()</td> </tr> </table>									{	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 糖尿病	□いいえ	<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	□いいえ																			
	<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="vertical-align: middle;">□いいえ</td> </tr> <tr> <td>病院名 ()</td> </tr> </table> お薬は飲まれていますか？ <input type="checkbox"/> はい () □いいえ									{	病名 ()	□いいえ	病院名 ()										
{	病名 ()	□いいえ																					
	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="vertical-align: middle;">□いいえ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>その他 ()</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>薬 ()</td> </tr> </table> □わからない									{	<input type="checkbox"/> 食べ物 ()	□いいえ	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 薬 ()									
{	<input type="checkbox"/> 食べ物 ()	□いいえ																					
	<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) □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="vertical-align: middle;">□飲まない</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>その他()</td> </tr> </table> _____ 週 回 本/日									{	<input type="checkbox"/> ビール	<input type="checkbox"/> 日本酒	<input type="checkbox"/> 焼酎	□飲まない	<input type="checkbox"/> その他()								
{	<input type="checkbox"/> ビール	<input type="checkbox"/> 日本酒	<input type="checkbox"/> 焼酎	□飲まない																			
	<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="vertical-align: middle;">□いいえ</td> </tr> <tr> <td>どこに ()</td> </tr> </table>									{	いつ ()	□いいえ	どこに ()										
{	いつ ()	□いいえ																					
	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 □はい □いいえ □わからない ②授乳されていますか □はい □いいえ																						