## 内科外来初診患者様用問診票

A 前	歳)
TEL (	歳)
<ul> <li>正正(</li> <li>D、どこがお悪いですか?(一番困っている症状をお書きください)</li> <li>内容</li> <li>いつからですか?・今日・昨日・2~3日前・1週間前・それ以外【</li> <li>今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?</li> <li>ない</li></ul>	
<ul> <li>○、どこがお悪いですか?(一番困っている症状をお書きください)</li></ul>	
Nつからですか?・今日・昨日・2~3日前・1週間前・それ以外【	
いつからですか?・今日・昨日・2~3日前・1週間前・それ以外【    、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?   ない	
<ul> <li>○ 今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?</li> <li>□ ない □ 高血圧症 □ 不整脈 □ 狭心症・心筋梗塞 □ 脳梗塞・脳出血 □ 糖尿病 □ その他【</li> <li>③ 今までに手術をされたことは、ありますか? □ ない □ ある【手術名:</li> <li>⑤ 現在服用している薬は、ありますか? □ ない □ ある【お薬の名前:</li> <li>⑤ 、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか? □ ない</li> </ul>	
②、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?  □ ない □ 高血圧症 □ 不整脈 □ 狭心症・心筋梗塞 □ 脳梗塞・脳出血 □ 糖尿病 □ その他【 ③、今までに手術をされたことは、ありますか? □ ない □ ある【手術名: ① ない □ ある【お薬の名前: ③、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか? □ ない	
②、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?  □ ない □ 高血圧症 □ 不整脈 □ 狭心症・心筋梗塞 □ 脳梗塞・脳出血 □ 糖尿病 □ その他【 ③、今までに手術をされたことは、ありますか? □ ない □ ある【手術名: ① ない □ ある【お薬の名前: ③、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか? □ ない	
<ul> <li>②、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?</li> <li>□ ない □ 高血圧症 □ 不整脈 □ 狭心症・心筋梗塞 □ 脳梗塞・脳出血 □ 糖尿病 □ その他【</li> <li>③、今までに手術をされたことは、ありますか? □ ない □ ある【手術名:</li> <li>①、現在服用している薬は、ありますか? □ ない □ ある【お薬の名前:</li> <li>⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか? □ ない</li> </ul>	
<ul> <li>○、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?</li> <li>□ ない □ 高血圧症 □ 不整脈 □ 狭心症・心筋梗塞 □ 脳梗塞・脳出血 □ 糖尿病 □ その他【</li> <li>③、今までに手術をされたことは、ありますか? □ ない □ ある【手術名:</li> <li>①、現在服用している薬は、ありますか? □ ない □ ある【お薬の名前:</li> <li>⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか? □ ない</li> </ul>	
<ul> <li>②、今までにかかった、または現在治療中の病気は、ありますか?</li> <li>□ ない □ 高血圧症 □ 不整脈 □ 狭心症・心筋梗塞 □ 脳梗塞・脳出血 □ 糖尿病 □ その他【</li> <li>③、今までに手術をされたことは、ありますか? □ ない □ ある【手術名:</li> <li>①、現在服用している薬は、ありますか? □ ない □ ある【お薬の名前:</li> <li>⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか? □ ない</li> </ul>	
□ ない       □ 高血圧症       □ 不整脈       □ 狭心症・心筋梗塞・脳囲血         □ おの他【         3、今までに手術をされたことは、ありますか?       □ ない         □ ある【手術名:         1、現在服用している薬は、ありますか?         □ ない         □ ある【お薬の名前:         3、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?         □ ない	
<ul> <li>□ 脳梗塞・脳出血</li> <li>□ その他【</li> <li>3、今までに手術をされたことは、ありますか?</li> <li>□ ある【手術名:</li> <li>① 現在服用している薬は、ありますか?</li> <li>□ ない</li> <li>□ ある【お薬の名前:</li> <li>3、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li> <li>□ ない</li> </ul>	
<ul> <li>□ その他【</li> <li><b>3</b>、今までに手術をされたことは、ありますか?</li> <li>□ ある【手術名:</li> <li>①、現在服用している薬は、ありますか?</li> <li>□ ない</li> <li>□ ある【お薬の名前:</li> <li>5、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li> <li>□ ない</li> </ul>	
<ul> <li>3、今までに手術をされたことは、ありますか?         <ul> <li>ない</li> <li>ある【手術名:</li> </ul> </li> <li>①、現在服用している薬は、ありますか?             <ul> <li>ない</li> <li>ある【お薬の名前:</li> <li>お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li> <li>ない</li> </ul> <li>ない</li> </li></ul> <li>ない</li> <li>ない</li> <li>ない <li>ない</li> <li>ない</li> <li>ない</li> <li>ない</li></li>	
<ul> <li>□ ない</li> <li>□ ある【手術名:</li> <li>① 現在服用している薬は、ありますか?</li> <li>□ ない</li> <li>□ ある【お薬の名前:</li> <li>⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li> <li>□ ない</li> </ul>	
<ul> <li>□ ある【手術名:</li> <li>①、現在服用している薬は、ありますか?</li> <li>□ ない</li> <li>□ ある【お薬の名前:</li> <li>⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li> <li>□ ない</li> </ul>	
<ul><li>①、現在服用している薬は、ありますか?</li><li>□ ない</li><li>□ ある【お薬の名前:</li><li>⑤、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li><li>□ ない</li></ul>	
□ ない □ ある【お薬の名前: <b>う、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</b> □ ない	
□ ある 【お薬の名前: <b>う、お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</b> □ ない	
<ul><li>お薬で発疹や下痢などの症状(薬剤アレルギー)が出たことは、ありますか?</li><li>□ ない</li></ul>	
ロない	
— •	
-     あん 【お薬の名前・	
3、タバコを吸いますか?	
ロいた	
□ はい 1日 約本 □ はい 1日 約	_ml
(喫煙期間 歳~ 歳)	
3、【女性の方のみ】妊娠している可能性は、ありますか?	
□ない □ある	
9、当院がマイナ保険証により、あなたの診療情報(受診歴、健診歴、服薬情報等)	を
取得することに同意しますか? □はい ・ □いいえ	
当院では患者さんの診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療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。	I
ご提供いただいた情報等は、当院が医療・診療行為以外の目的で使用することは一切ございません	
	<b>'</b> °

腹囲

体重

cm

身長

体温

BMI