

# 外 来 問 診 票

(受診日) 平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 明・大・昭・平 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 \_\_\_\_\_ 才

職業 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_ kg 体温 \_\_\_\_\_ °C 身長 \_\_\_\_\_ cm

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。(痛みのある場合は、その部位もお書き下さい)

[ \_\_\_\_\_ ]

2. 最近の体調はいかがですか。

食欲 (ある・普通・ない)

睡眠 (よく眠れる・普通・不眠)

便通 ( 日 回 )

体重の変化 (太った・かわらない・やせた)

3. 嗜好品についてお答え下さい。

酒 ( 才より 1日 )

・ 才でやめた ・ もともと飲まない)

たばこ ( 才より 1日 )

・ 才でやめた ・ もともとすわない)

4. 今までにかかった病気を○で囲んでください。

	いつ頃		いつ頃
癌	( )	脳血管障害	( )
心臓症	( )	高血圧	( )
糖尿病	( )	肝臓病	( )
喘息	( )		
その他 病名	( )	いつ頃	( )

5. あなたの血縁関係(祖父・祖母・父・母・兄弟・子供)で次の病気にかかったことがある又は、かかっている人があれば、○で囲み、どなたか記入してください。

癌 ( ) 高血圧 ( ) 肺結核 ( ) 糖尿病 ( )  
心臓病 ( ) 喘息 ( ) その他 ( )

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方・・・わかれば薬・食べ物の名前 ( )  
( )

7. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか ( はい ・ いいえ )

授乳中ですか ( はい ・ いいえ )

月経 ( 順調 ・ 不順 )

最終月経 ( 月 日 ~ 月 日 )

閉経 ( 才 )

8. 何かご希望があればお書き下さい。

9. 何を見て来院されましたか。

駅の看板 ・ インターネット ・ 電柱広告 ・ 車内広告 ・ 他医院からのご紹介