

# 内科外来 問診票

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

お名前 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 歳

1. どのような症状がありますか。

2. それはいつ頃からですか。

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日頃から

3. その症状について他の病院にかかりましたか。

はい・いいえ

「はい」の方…… 病院名( \_\_\_\_\_ )

病名( \_\_\_\_\_ )

薬を (飲んでいる・飲んでいない) (薬名 \_\_\_\_\_ )

4. 現在、他の病気で治療を受けていますか。

はい・いいえ

「はい」の方…… 病名( \_\_\_\_\_ ) 病院名( \_\_\_\_\_ )

薬を (飲んでいる・飲んでいない) (薬名 \_\_\_\_\_ )

(「お薬手帳」等がありましたら、ご用意ください)

5. 今までに薬や食べ物、注射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( \_\_\_\_\_ )

( \_\_\_\_\_ )

6. 嗜好品についてお答えください。

たばこ(1日 \_\_\_\_\_ 本) お酒(1日 \_\_\_\_\_ )

7. 女性にお聞きします。現在妊娠の可能性はありますか。

はい・いいえ・わからない・授乳中

8. 今までに輸血を受けたことがありますか。

はい・いいえ

「はい」の方…… ( \_\_\_\_\_ ) 歳頃 病名( \_\_\_\_\_ )

9. 介護保険の認定を受けていますか。

はい・いいえ

「はい」の方…… 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

ご協力ありがとうございました。