

# 家庭医療科外来 初診問診票

診察の前に看護師が問診をします。

予約時間に関係なく記入後すぐにクリニック3階の呼び出しベルを押して、スタッフにお渡しください。

症状が強く辛い方は、看護師に声をかけてください。

職業

KT	°C	BP	/	P	
SAT	%	身長	cm	体重	Kg

【以下の質問についてご記入ください】

1. いつ頃から、どのような症状でお困りですか？（部位を図にお示しください）



2. 現在通院している病院・医院・クリニックはありますか？

「はい」の方・・・医療機関名（ ）  
病名（ ）

3. 現在服用している薬がありましたら、薬の名前をご記入下さい

薬の名前（ ）

4. 今までにかかった病気を○で囲んで下さい

肝臓病 腎臓病 心臓病 高血圧症 気管支喘息 糖尿病 虫垂炎 胃・十二指腸潰瘍  
緑内障 脳梗塞 膠原病 精神疾患（ ）  
がん（ ） その他（ ）

5. 今までに健康診断で何か指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）

「はい」の方、具体的にどんなことですか？（ ）

6. 過去1ヶ月以内に海外から帰国された方は、その国名をお書き下さい（ ）

7. 今までに薬剤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・・・薬剤・食べ物の名前（ ）

8. 嗜好品についてお答えください

アルコール（1日量 ml・種類 ） ・飲酒回数 回/週） ・喫煙（1日 本）

9. 女性の方のみお答え下さい

妊娠中ですか？	はい ・ いいえ	妊娠の可能性はありますか？	はい ・ いいえ
月経	順調 ・ 不順	授乳中ですか？	はい ・ いいえ
最終月経	月 日 ～ 月 日	閉経	才

ご協力ありがとうございました。病状の緊急性や他の患者さんの診察時間などのため、予定時間の通りに診療できないことや診察開始時間が前後することがあります。あらかじめご了承ください。