

## 消化器外科・形成外科・呼吸器外科・心臓血管外科 外来問診表

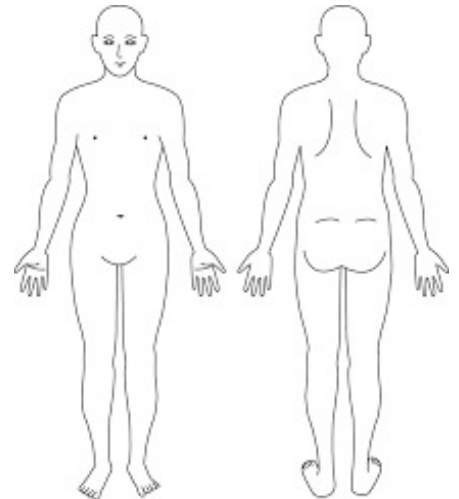
初診の方は、下記の質問にお答えください。お答えいただけるところだけで結構です。  
 (記入された方は、お手数ですが、外科外来のブザーを押してください。)

氏名 (男・女) 明・大・昭・平 (受診日) 令和 年 月 日  
 年 月 日生 才

職業 身長 cm 体重 kg 体温 °C

1. いつ頃からどのような症状でお困りですか。

- ・いつ頃からですか。( 年 月 日から)
- ・部位 右図に○印をつけてください
- ・症状



2. こちらの外来にかかったことがありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…いつ頃 ( )

病名 ( )

3. 手術を受けたことはありますか。(はい・いいえ)

「はい」の方…当院で ( ) 年頃 病名 ( )

他院で ( ) 年頃 病名 ( )

4. 今までにかかった病気を○で囲んでください。また、それはいつ頃ですか。

- |         |         |
|---------|---------|
| 心臓病 ( ) | 肝臓病 ( ) |
| 糖尿病 ( ) | 腎臓病 ( ) |
| 高血圧 ( ) | 喘息 ( )  |
| その他 ( ) |         |

5. 現在常用している内服薬および外用薬はありますか (はい・いいえ)

「はい」の方…薬の名前

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. 過去1ヶ月以内に海外渡航歴はありますか? (はい・いいえ) 国名 ( )

8. 女性の方におききます。

妊娠中ですか (はい [ ] ヶ月・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

9. 嗜好品についておききます。

飲酒(あり・なし)→ありの方(習慣的・機会的)→習慣的の方( ml/日)種類( )

喫煙歴(あり・なし・やめた)→あり、やめたの方(1日 本 歳から 年間)→種類(紙タバコ・加熱式・電子)

**※2ページ目の記入もお願いいたします※**

10. マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか。

はい  いいえ

11. 現在処方されている薬はありますか。

はい  いいえ

( )

※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、直近1ヶ月以内の処方薬を除き、省略可。

12. この1年間で健診（特定健診及び高齢者健診に限る）を受診しましたか。

いいえ ※マイナ保険証による情報取得に同意した方は、省略可。

はい 受診時期（ 年 月）指導事項等（ ）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の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。

◆医療情報・システム基盤整備体制充実加算(初診時)4点 (マイナ保険証を利用した場合)2点

ご協力ありがとうございました。順番が来ましたら呼びますので、もう少々お待ちください。

